

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

540

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1904, à 4 heures

PAR

Henri CLERMONTHE,

Ancien externe des Hôpitaux,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

dans le

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

(PYOSALPINX)

Président : M. BERGER, *professeur.*

Juges : { M. SCHWARTZ, *professeur.*
MM. FAURE, AUVRAY, *agregés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.	
Clinique médicale	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	{ TILLAUX.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale	{ TERRIER.
	{ BERGER.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements	{ BUDIN.
	{ PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	travaux anatom.).
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE.	TEISSIER.
BESANÇON.	TOURETTE.	MARION.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MERY.	THOINOT.
BROCA André.	GUIART.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	REMY.	WALLICH.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.		WURTZ.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON TRÈS CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien de l'Hôpital Bichat,
Chirurgien en chef des Asiles de la Seine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE .

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Necker,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR CHARPENTIER,

Médecin de la Salpêtrière.

(Externat 1900-1901.)

MONSIEUR THIBIERGE,

Médecin de l'Hôpital Broca.

MONSIEUR DARIER,

Médecin de la Pitié.

(Externat 1901-1902.)

MONSIEUR BÉCLÈRE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

(Externat 1902-1903.)

MONSIEUR PICQUÉ

Chirurgien de l'Hôpital Bichat.

(Externat 1903-1904.)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD,

Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR RÉNON,

Professeur agrégé de la Faculté.

MONSIEUR BARTH,

Médecin de l'Hôpital Necker.

Hommage respectueux et souvenir reconnaissant.

Qu'il nous soit permis de remercier également :

MONSIEUR GRÉGOIRE,

Ex-interne des Hôpitaux,

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris.

MESSIEURS MOREL, GAUDEAU, TIXIER, LINNÉ,

Interne des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR MORTIER,

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans cette thèse, de poser les indications et de montrer l'utilité de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale secondaire dans les cas de pyosalpinx bilatéraux. Nous insistons sur le mot secondaire, car notre but n'est pas d'étudier la plus ou moins grande facilité, apportée à l'extirpation d'annexes adhérentes, par l'hystérectomie, mais bien de démontrer que cette hystérectomie, comprise comme une opération complémentaire de l'extirpation des annexes, améliore, dans certains cas surtout, d'une façon indiscutable les statistiques.

Parmi les observations recueillies par nous, il en est qui nous paraissent, à ce point de vue, parfaitement démonstratives. Ce sont celles de jeunes femmes entrées dans le Service pour pyosalpinx doubles et auxquelles on se contenta de faire, par voie abdominale, l'extirpation des annexes sans y joindre l'hystérectomie.

Les douleurs, la fièvre, un mauvais état général et

divers autres symptômes, fournis par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, nous conduisirent à pratiquer quelques temps après l'hystérectomie abdominale sus-vaginale. Depuis, ces malades sont guéries et ne souffrent plus.

Dans les pyosalpinx doubles il y aurait donc, non seulement aucun avantage à laisser en place, dans le petit bassin, l'utérus, rendu physiologiquement inutile par la suppression des deux ovaires et des deux trompes, mais même danger, à laisser persister un organe le plus souvent infecté.

Les indications se trouveraient être les mêmes lorsqu'au cours de l'extirpation des annexes, les pédicules à lier sont gros et infiltrés par le pus : l'asepsie de la surface de section d'un gros pédicule étant chose à peu près impossible, même par la cautérisation ignée.

Dans d'autres cas, enfin, de pyosalpinx doubles, l'hystérectomie abdominale secondaire a été faite afin d'assurer une hémostase difficile et pour laquelle les méthodes ordinaires ne présentaient pas suffisamment de garantie.

En résumé, nous étudierons et nous discuterons dans cet ouvrage l'hystérectomie abdominale comme opération complémentaire des salpingectomies doubles, dans les cas où le chirurgien se trouve en présence, soit d'un utérus infecté, soit de gros pédicules à lier, ou d'une hémostase difficile.

Mais, avant d'entrer dans le vif de la discussion, nous

avons jugé utile de consacrer quelques pages à l'étude des pyosalpinx et à l'histoire de la question, afin de montrer l'évolution suivie par la chirurgie, de l'utérus et de ses annexes, chirurgie qui d'abord timide et hésitante, et par là même insuffisante, devint grâce aux procédés opératoires et aux progrès de l'antisepsie, de jour en jour plus audacieuse et plus complète.

L'idée de cette thèse nous a été donnée par notre maître, M. le Dr Picqué qui, tant à l'hôpital Bichat qu'en son pavillon de chirurgie de Sainte-Anne, a pratiqué avec succès un grand nombre d'hystérectomies abdominales dans des cas de pyosalpinx bilatéraux.

Qu'il nous soit donc permis, ici même, de lui adresser publiquement l'hommage de notre admiration et de notre profond respect et de lui présenter tous nos remerciements pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à nos travaux.

HISTORIQUE

L'histoire thérapeutique des salpingites suppurées ne date véritablement que du jour où ces affections furent bien individualisées. Elle comporte donc deux périodes, l'une, de thérapeutique symptomatique, incertaine ; l'autre, de thérapeutique causale, rationnelle. Cette dernière commença du jour où l'emploi du toucher bimanuel offrit des ressources nouvelles de diagnostic, du jour où la méthode antiseptique offrit une sécurité opératoire incontestable. Mais, comme toute innovation, cette thérapeutique radicale, d'abord appliquée sans conteste, subit une sorte de recul ; et céda — dans une certaine mesure — le pas à la chirurgie conservatrice. Encore fallait-il justifier cette conservation et en montrer la légitimité. Comme on n'en put faire la preuve dans nombre de cas, il reste acquis que la chirurgie radicale garde ses droits en matière de salpingite suppurée : pièces en mains, nous allons essayer de le prouver.

Mais nous devons d'abord, par une courte étude historique, montrer les tendances successives qui ont régi la conduite chirurgicale des opérateurs.

Ce n'est pas dans les anciens qu'il faut chercher des idées nettes sur les salpingites et, d'après M. DELBET, « les travaux d'HIPPOCRATE, de GALIEN, d'ARCHIGÈNE, d'ORIBORE, d'ACTIUS, de PAUL D'EGINE, de JEAN LIEBAULT, de JACQUES GUILLEMEAU, manquent vraiment de toute précision. »

MAURICEAU, dès 1668, commence à connaître les supurations pelviennes, et FRÉDÉRIC RUYSCH, d'Amsterdam, écrit en 1691 : « J'ai trouvé souvent les trompes fortement distendues ». RÉGNIER DE GRAEF fait la même remarque. Plus tard, en 1761, ASTRUC imprime : « Les trompes peuvent s'enflammer, et par conséquent aussi s'abcéder ou se gangrener... et quand leur volume les fait reconnaître au simple tact, et qu'on a sujet de craindre qu'elles ne crèvent dans le bas-ventre... on devrait les vider, en y faisant une ponction avec le trois-cart. » Enfin, nous arrivons au XIX^e siècle, et depuis PORTAL, 1804, tous les auteurs étudient les annexites : BRIGHT, 1838 ; LISFRANC, 1843 ; ARAN, 1858 ; NONAT, 1860 ; SIREDEY, 1860 ; BERNUTZ, 1862 ; PRARIER, 1865 ; GALLARD, 1865 ; BROUARDEL, 1865. Mais aucun ne dégagait les salpingites du cadre confus des inflammations pelviennes.

L'aboutissant des salpingites — qu'on ne voyait pas (puisque on ne les opérait pas), — était la péritonite qu'on

voyait, sur les dalles de l'amphithéâtre, et on faisait de cette péritonite la maladie principale. Et quand les accidents, moins alarmants, plus torpides, n'entraînaient pas immédiatement la mort, on disait péri-métrite, paramétrite, phlegmon du ligament large, phlegmon périutérin, selon que par tendance d'école, on voyait dans le processus anatomique une cellulite ou une lymphangite. Mais du jour où les salpingites dûment reconnues par le toucher bimanuel, furent justiciables d'un traitement rationnel que l'antiseptie rendait efficace, de ce jour les progrès furent rapides, un chapitre nouveau prenait place dans la nosographie génitale.

C'est un peu à l'aveugle qu'en 1872, LAWSON TAIT extirpe par laparotomie les annexes malades (Son opération, pratiquée le 17 février, est donc antérieure à celle de HEGAR, 1^{er} août, et de BATTEY, 17 août de la même année); mais peu à peu le mouvement se dessine, en faveur de l'autonomie des salpingites et de leur traitement chirurgical. Ce mouvement, né en Angleterre, est d'abord timide, et LAWSON TAIT, bien que familiarisé avec les suppurations pelviennes (puisqu'en 1886, il en avait évacué 32 par voie abdominale) ne fait qu'en 1887 la première opération bien réglée, pour pyosalpinx. Son exemple n'est guère suivi, même de ses compatriotes, s'il faut en croire la *Lancet* qui l'appelle « châtreur de femmes », ainsi que HART et BARBOUR, auteurs d'un traité de gynécologie qui lui repro-

chent amèrement d' « enlever les ovaires pour des pyosalpingites ». C'est qu'il s'agissait vraiment d'une innovation, puisqu'à part les quelques interventions précitées, nous ne trouvons avant 1887 que quelques tentatives de HEGAR, de Fribourg, 1877, et de BAUMGARTNER, 1879. LAWSON TAIT est donc bien le promoteur de la méthode; il règle l'intervention au point de vue technique, et indique le domaine de ses indications.

A son instigation, la salpingite conquiert sa place, et THORNTON, PRIOR, BERTRAM, ZEISS, THOMAS, SAENGER, MAC DONALD, PORTER, JANVRIN, SMITH, BATTEY, ALBERT, SIMS, ENGELMANN, STAHL, KLEINWACHTER apportent à diverses tribunes les résultats de leurs laparotomies dans les salpingites.

Le mouvement s'accroît nettement en Amérique. La salpingite tend à remplacer la *pelvic cellulitis* de SIMPSON, la parométrite de VIRCHOW, les abcès phlegmoneux intrapelviens de MARCHAL DE CALVI, et les auteurs américains POLK, notamment en 1885, ainsi que BYFORD, de Chicago, en 1886, écrivent que les cellulites pelviennes ne sont que des péritonites consécutives à des salpingites.

La chirurgie française s'était, on le voit, tenue complètement en dehors de ce mouvement, et Pozzi, dans une communication faite le 14 avril 1886, à la *Société de Chirurgie*, sur « l'intervention chirurgicale dans certaines formes de périmétrites suppurées », concluait

de la manière suivante : « Pour des collections situées très haut, et inaccessibles par le vagin ou le rectum... L. TAIT a proposé et pratiqué la laparotomie médiane, permettant de trouver, d'ouvrir et de drainer l'abcès. Mais son succès constant dans les 20 cas qu'il a publiés, n'a pas suffi à faire accepter des praticiens, ce procédé un peu effrayant. » Et POZZI, effrayé, propose un procédé peu connu, qu'il nomme *laparotomie sous-péritonéale*, et qu'il destine à remplacer la laparotomie transpéritonéale. Ce procédé nouveau dont on trouve l'idée dans le livre de HÉGAR et KALTENBACH, s'effectue en suivant la voie qu'on emploie pour la ligature de l'iliaque externe; POZZI l'a exécuté 5 fois; PICQUÉ 3 fois; LUCAS-CHAMPIONNIÈRE se déclare content du procédé, mais BOUILLY fait des réserves. Bref, cette opération qui eut ses partisans, retomba bientôt dans l'oubli.

La même année 1886 vit naître un procédé timide : l'opération de LAROYENNE. Ce procédé a encore quelques adeptes pusillanimes, mais son insuffisance le condamna. On trouvera dans le *Lyon médical* du 21 février 1886, sous la signature de LAROYENNE, l'exposé de cette ponction des collections salpingiennes, par la voie vaginale, à l'aide d'instruments spéciaux.

L'année suivante : 1887, est marquée par deux événements considérables :

1^{re} En France, PÉAN pratique la première hystérectomie vaginale pour lésions bi-latérales des annexes, préalablement diagnostiquées.

2° En Angleterre, LAWSON TAIT publie un mémoire capital sur le traitement des salpingites suppurées par la laparotomie. Au second plan viennent, à l'étranger, les mémoires de BANTOCK, BOLDT, CROOM, EDIS, PRICE, SCHLESINGER, VAN DER LEE; en France, les communications de BOUILLY, TERRILLON, ROUTIER, Pozzi, à la *Société de Chirurgie*.

BOUILLY, le 16 mars, présente un pyosalpinx extrait par laparotomie transpéritonéale; TERRILLON, le 25 mai, rapporte une très intéressante observation d'hématosalpinx double opéré par lui, suivant la méthode de L. TAIT. « La publication de cette observation, dit-il, pourra avoir pour résultat d'encourager d'autres chirurgiens dans la pratique de ce genre d'opération, exceptionnel en France. » Et, de fait, ROUTIER opère, le 16 juillet, un pyosalpinx dont l'observation est relatée dans les *Bulletins* du 12 octobre. Pozzi, le 19 octobre, présente une nouvelle observation avec pièce. Dès lors le traitement des salpingites suppurées par la laparotomie entre dans la pratique.

ROUTIER communique le résultat de 10 laparotomies faites pour des inflammations périutérines « auxquelles il faut, dit-il, donner le nom de salpingoovarites » (14 novembre 1888). QUENU apporte 5 cas personnels guéris par la laparotomie (14 décembre 1888). TERRIER en apporte 9; TRÉLAT 6; TERRILLON 19; LE DENTU 2; bref, le nouveau procédé opératoire gagne de jour en jour du terrain. L'étranger ne reste pas en arrière; les

travaux de MONTGOMERY, BINGHAN, BARNES, BODE, CUSHING, DUDLEY, FRAIPONT, SCHAUTA, consacrent la laparotomie, voie d'accès du pyosalpinx.

La conclusion de ces travaux de 1888, est la thèse importante de MONPROFIT sur les *Ovarites et salpingites*, qui met au point la question, prône la méthode de L. TAIR et l'appuie de documents chirurgicaux. Dès lors, on ne compte plus le nombre de salpingites traitées par la laparotomie; le seul TERRILLON, lit, le 28 mai 1889, à l'Académie de médecine, un mémoire sur 50 cas d'ovaro-salpingites traités par l'incision abdominale.

Durant ce temps, la voie vaginale, jadis un instant en faveur, perdait du terrain. Ses partisans y demeuraient fidèles, mais contrairement à ceux de la voie abdominale, ils ne faisaient pas de prosélytes. Pourtant la thèse de BONNECAZE, inspirée par PICQUÉ (*Valeur et indications de l'incision vaginale*) ébauche une réaction en faveur de la voie vaginale. L'auteur veut la réserver à certaines lésions salpingiennes bas-situées, à de petits ovaires kystiques. C'était restreindre ses indications; BOUILLY, le 2 juillet 1890, les restreint encore « il existe des collections justiciables d'intervention toutes différentes de la laparotomie, mais « elles sont rares. » A la suite des observations de M. BOUILLY, une discussion s'engage: DESPRÉS est nettement pour l'incision vaginale; TERRIER est nettement pour l'abdominale; entre ces deux extrêmes,

TERRILLON, BOUILLY, POLAILLON, POZZI, LE DENTU, ROUTIER, MONOD, font des réserves, tout en accordant beaucoup plus d'indications à l'abdominale. L'année se termine par deux mémoires retentissants et opposés : l'un, de POZZI, le 3 décembre 1890, à la *Société de Chirurgie* conclut à la laparotomie comme voie d'accès sur le pyosalpinx ; l'autre, de PÉAN, à l'*Académie de Médecine* qui distingue les cas unilatéraux qu'il draine par le vagin, et les pyosalpinx bilatéraux qui sont justiciables de l'*hystérectomie vaginale*. Nous verrons que l'opération de PÉAN allait soulever de nouvelles discussions. C'est en 1887 que PÉAN, nous l'avons vu, pratiqua la première hystérectomie vaginale pour lésions annexielles bilatérales. Cette opération n'avait pas réuni beaucoup de suffrages, quand, à la tribune de la *Société de Chirurgie*, SEGOND vint, le 25 février 1891, s'en faire l'ardent défenseur. Voici dans quelles conditions :

M. SEGOND qui était sceptique sur la valeur de l'opération de PÉAN, reçut un jour la visite d'une femme de 35 ans, atteinte de double pyosalpinx avec adhérences telles, qu'appelé à en pratiquer l'ablation par laparotomie, il s'y refusa et proposa l'incision simple. La malade était dans un état très grave, elle s'adressa à PÉAN qui fit l'hystérectomie vaginale. Cette malade guérit complètement. Instruit de ce fait, SEGOND se mit à pratiquer l'opération nouvelle. En huit mois il la répète 23 fois; et en février 1891 il s'en fait en séance le défen-

seur enthousiaste. Dès lors, deux camps sont en présence, qui apportent leurs statistiques.

Le camp des hystérectomistes, avec :

PÉAN, 66 opérations, 0 décès;

SEGOND, 23 — 4 décès;

RECLUS et NELATON.

Le camp des laparotomistes qui, aux succès nombreux déjà enregistrés, s'affirme encore avec :

BOUILLY, 33 opérations, 4 décès ;

ROUTIER, 12 — 0 décès ;

POZZI, 39 — 3 décès ;

TERRIER.

Entre ces deux cas, il y a naturellement le groupe des eclectiques, qui demande à observer encore avant de prendre parti : tel RICHELOT, tel BAZY, tel TERRILLON, tel LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et REGNIER.

Et quant aux arguments ; les hystérectomistes en invoquent trois :

Une efficacité plus grande ;

Une gravité moindre ;

Un avantage cosmétique.

Ces avantages sont discutés par les laparotomistes dont les statistiques opératoires sont aussi bonnes, et qui préfèrent la laparotomie, opération de « contrôle » à l'hystérectomie opération « esthétique ».

Bref, la majorité des membres de la *Société de Chi-*

rurgie restait fidèle à la laparotomie « qui permet de faire parfois une chirurgie conservatrice », et ne voyait dans la suppression de la « bonde » dans l'hystérectomie vaginale, qu'un procédé d'exception.

SEGOND, avec une ardeur nouvelle, revient à la charge, à la séance du 25 mars 1891. Avec M. TERRIER il distingue 4 éventualités :

1^o Cas dans lesquels une laparotomie antérieure n'a pas donné satisfaction. Tout le monde est d'accord, il faut pratiquer l'hystérectomie vaginale.

2^o Cas dans lequel l'annexite double suppurée s'accompagne de pelvipéritonite diffuse avec poches purulentes multiples. Là encore, tout le monde semble d'avis que la meilleure conduite à tenir est de pratiquer l'opération de PÉAN.

3^o Cas dans lesquels les poches purulentes sont justifiables de la laparotomie. Ici les divergences commencent. SEGOND mettant de côté les avantages esthétiques et l'absence d'éventration post opératoire estime que, comparables dans les cas faciles, quant à la léthalité, les deux opérations cessent de l'être dans les cas graves et que l'hystérectomie est beaucoup moins redoutable, car elle respecte les adhérences viscérales, qui font le danger de la laparotomie.

4^o La 4^e éventualité ne vise pas les pyosalpinx.

Peu à peu, SEGOND par sa parole ardente, entraîne les convictions; TERRILLON, le 28 octobre, et QUÉNU accordent à l'opération de PÉAN des indications plus larges que

précédemment. Par contre, BOIFFIN et REYNIER restent dans le camp des laparotomistes. Outre les publications de WATKINS, KLETZSCH, MAYS, FONTANA et le *Traité des suppurations pelviennes* de DELBET, deux articles de combat paraissent alors, l'un laparotomiste, l'autre hystérectomiste.

L'article hystérectomiste est de PÉAN, il est publié par la *Gazette des Hôpitaux* du 27 juin 1891.

En voici le titre : « *De quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et des annexes par la voie vaginale.* » En voici les conclusions : « Le diagnostic établi, en présence d'une tumeur unilatérale et kystique (salpingienne) le chirurgien pourra facilement l'atteindre par le vagin... Si l'exploration montre que les deux trompes sont manifestement atteintes... au point que leur extirpation simultanée soit nécessaire, il sera toujours plus simple et plus avantageux d'enlever l'utérus en même temps qu'elles... L'ablation de l'utérus devenu inutile par suite de la double castration tubo-ovarienne, donne des résultats beaucoup plus complets ; et le fait s'explique d'ailleurs pour peu qu'on y réfléchisse ; car l'ablation simple des ovaires et des trompes ne supprime qu'un petit nombre des vaisseaux de l'appareil génital interne, et par suite n'aboutit pas nécessairement à la suppression des autres manifestations pathologiques qui peuvent se développer dans cet appareil : au contraire, il n'y a plus rien à craindre lorsque l'utérus est enlevé et

surtout lorsque l'hystérectomie, à laquelle convient si bien la voie vaginale est accompagnée de la double castration tubô-ovarienne. »

L'article laparotomiste, est de Pozzi et BAUDRON; on le trouve dans *la Revue de Chirurgie* du 10 août 1891. En voici le titre: « *Quelques faits pour servir à la discussion sur le traitement des inflammations des annexes par la laparotomie ou l'hystérectomie.* » Et voici comment ils concluent :

« Un des plus grands avantages de la laparotomie est qu'elle constitue d'abord un moyen de vérifier ou de compléter le diagnostic et cela avant que l'acte opératoire ait irrémédiablement compromis la fécondité de la femme. »

Pozzi et BAUDRON ajoutent encore que la laparotomie est indiquée lorsque le diagnostic est hésitant et ils citent les cas « où un léger degré d'œdème (péri-métrosalpingite séreuse) autour des annexes, d'ailleurs peu malades, a pu, au cours de l'examen clinique, faire croire à des lésions plus graves » et d'autres où dans le cul-de-sac de Douglas on trouva des anses intestinales volumineuses et difficiles à déplacer (entéroccèle adhésive de DOLÉRIS).

Ils concluent que « dans les cas de salpingo-ovarites scléreuses et de pyosalpinx énucléables l'avantage reste tout entier à la laparotomie » et plus loin : « Ce n'est donc pas sans raison que j'ai qualifié le vagin de *gouffre* au fond duquel l'œil ne plonge jamais, où la main ne

pénètre que difficilement et aux risques des plus grands dangers. Pour l'*abîme abdominal* (P. SEGOND) rien de pareil : la main passe quand elle veut dans une incision agrandie à loisir et l'opérateur peut toujours y voir clair quand il a recours à l'éviscération partielle ou à la position déclive. »

PIERRE DELBET dont le livre remarquable sur « *Les suppurations pelviennes chez la femme* » paraît la même année, s'exprime à peu près de même au chapitre du traitement chirurgical des salpingites.

Laparotomiste fervent, il écrit en tête de son chapitre sur la laparotomie abdominale :

« Je me contente de dire que dans l'immense majorité des salpingites lorsqu'un traitement est indiqué, et qu'on n'a rien obtenu par la voie intra-utérine, c'est à la laparotomie abdominale qu'il faut avoir recours. »

En 1892 et 1893 les discussions roulent surtout sur des modifications de procédés, mais en 1894 DELAGENIÈRE communique à la Société de Chirurgie l'observation de la première opération française d'hystérectomie abdominale totale pour pyosalpingite et métrite parenchymateuse.

Nous en avons extrait les passages suivants :

« ... Cependant les insuccès de part et d'autre étaient faciles à prévoir puisque d'une part, les laparotomistes se contentaient de supprimer les annexes malades, mais laissaient un utérus malade, et d'autre part, les hystérectomistes enlevaient l'utérus malade et laissaient en

partie ou en totalité les annexes plus malades encore...

« L'idéal était évidemment pour ces cas spéciaux, d'enlever à la fois l'utérus et les annexes, prétention réalisable par l'hystérectomie vaginale dans certains cas, irréalisable au contraire, dans d'autres, lorsque les adhérences sont intimes et lorsque les annexes comprises dans des fausses membranes, se mêlent et adhèrent aux anses intestinales... »

« ... En outre, les dangers d'infecter le péritoine, au cours de l'intervention, ne me semblaient pas plus grands puisqu'à la laparotomie classique pour pyosalpinx, j'ajoutais seulement l'extirpation d'un utérus infecté, saignant et devenant, par sa seule présence, un danger d'infection. »

Cette communication trouva aussi bien chez les laparotomistes que chez les hystérectomistes une opposition générale; les uns comme les autres lui reprochant une gravité plus grande que l'opération de PÉAN sans bénéfice d'un manuel opératoire plus simple.

DELAGENIÈRE eut au *Congrès français de Chirurgie* de la même année les mêmes adversaires et 1894 se termina par une thèse hystérectomiste de BAUDRON, élève de SEGOND, où l'hystérectomie vaginale est exposée comme l'intervention de choix dans les suppurations pelviennes lors de « bilatéralité évidente des lésions annexielles et d'impuissance d'un traitement médical bien dirigé et d'une chirurgie plus conservatrice. »

Par contre en 1896 le *Congrès de Genève* entend

BOUILLY rapporteur, conseiller la laparotomie dans les cas d'unilatéralité des lésions ou de diagnostic douteux sur leur nature.

Mais la communication de DELAGENIÈRE n'était pas tombée complètement dans l'oubli et les succès remportés en Amérique par BOLK, KELLY, BALDY et d'autres plaidaient éloquemment en sa faveur. Ce qui arrêta alors les chirurgiens, c'était la difficulté réelle de l'intervention, car il n'y avait alors aucune règle fixe de posée. Cependant l'idée faisait son chemin et lorsque RICHELOT le 16 juin 1897 à la Société de chirurgie et en septembre de la même année dans la *Revue de Chirurgie* prononça un éloquent plaidoyer en faveur de l'opération américaine, il ne rencontra plus l'opposition passionnée qui avait trois ans plus tôt accueilli la communication de DELAGENIÈRE et les critiques plus timides ne portèrent que sur des modifications de procédés présentés par DOYEN, RICARD et HARTMANN.

En 1898 la remarquable communication de MONOD à la *Société Chirurgie* sur « le traitement des salpingites suppurées par incision vaginale ; observations et remarques » discutée par ROUTIER, LUCAS-CHAMPIONNÈRE, REYNIER, QUENU, MICHAUX, SCHWARTZ, POTHÉRAT, TUFFIER, CHAPUT, qui considèrent cette opération comme une opération incomplète, défendue par LE DENTU qui en fixe les indications et contre-indications, trouve la contre-partie dans la communication de JONNESCO au *Congrès de Gynécologie de Marseille* (octobre 1898) :

ce dernier se déclare franchement laparotomiste, l'opération vaginale étant pour lui un procédé d'exception. LEGUEU, au *Congrès français de Chirurgie* s'exprime de même et FAURE y décrit son procédé d'hystérectomie abdominale totale par hémisection utérine.

A partir de l'année 1899 la laparotomie passe au premier plan et l'hystérectomie par voie vaginale sera, suivant HARTMANN, une opération qui « semble aujourd'hui devoir être délaissée. »

Aux séances du *Congrès de Chirurgie* qui se tint à Paris le 16 octobre de la même année, différents chirurgiens prirent la parole au sujet de la question mise à l'ordre du jour : « *De l'hystérectomie abdominale totale.* » Nous avons cru intéressant de citer ici même les points saillants de leurs communications.

RICARD, rapporteur, s'exprime ainsi :

« Aujourd'hui la question a complètement changé de face et l'hystérectomie abdominale, reléguée jadis au rang des opérations rares, sinon exceptionnelles, est devenue l'opération de choix pour nombre d'affections utérines et annexielles, les autres procédés d'excision ne vivant pour ainsi dire plus que de ses contre-indications.

Et après s'être déclaré : « laparotomiste convaincu et respectueux de l'utérus chaque fois que les lésions ont permis la conservation de l'organe » il prévient que, dans son rapport, il n'étudiera que l'hystérectomie dans les affections néoplasiques de l'utérus et non dans les affections annexielles ; la question n'étant pas, dit-il, assez

mûre et le Congrès n'ayant pas reçu de communication à ce sujet.

Ceci nous étonne, car nous voyons MM. QUENU, BŒCKEL (de Strasbourg), FAURE, VILLAR, et JONNESCO (de Bucarest) prendre la parole et étudier l'hystérectomie abdominale soit totale soit sus-vaginale dans les suppurations pelviennes. LEGUEU en cite 17 cas avec une seule mort.

Deux mois après les séances du Congrès paraît dans la *Revue de Chirurgie* du 10 décembre une communication de TERRIER sur *l'hystérectomie abdominale*, dans laquelle il écrit à propos de l'hystérectomie dans les salpingites suppurées les phrases suivantes :

« Depuis la fin de 1896 nous avons utilisé l'hystérectomie abdominale le plus souvent sus-vaginale, pour les salpingites suppurées graves, avec de nombreuses adhérences utérines et péri-pelviennes.

17 salpingites suppurées et doubles furent ainsi opérées ; 16 fois l'hystérectomie sus-vaginale fut pratiquée en même temps que l'ablation des annexes suppurées, une seule fois nous fûmes forcés par la gravité des lésions de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

Ces 17 opérations donnèrent 3 insuccès, soit 17,64 0/0 de mortalité.

.

« Aujourd'hui elle (l'hystérectomie abdominale) tend de plus en plus à être utilisée pour les salpingites doubles suppurées ou non ; pour certaines hématoécèles ; pour les

kystes ovariens inclus dans les ligaments larges ; pour les rétroversions utérines adhérentes avec salpingites, voir même pour arrêter définitivement certaines métrorrhagies rebelles dues à des lésions inflammatoires de la muqueuse et du parenchyme utérin.

On peut donc affirmer que de plus en plus, cette opération gagne du terrain et tend à se substituer à l'hystérectomie vaginale ».

Au Congrès international de Chirurgie section de Gynécologie, le 8 août de la même année, quelques chirurgiens communiquent les résultats de différentes laparotomies faites par eux pour lésions annexielles.

TERRIER : « Du 18 octobre 1899 au 16 juillet 1900, j'ai pratiqué 66 opérations d'hystérectomies abdominales, ce qui complète une statistique totale à 200 opérations dont 134 ont été publiées et analysées. Sur les 66 dernières opérations, 56 ont trait à des hystérectomies abdominales sus-vaginales et 10 sont des hystérectomies totales...

« Pour les salpingites, 26 sus-vaginales avec 0 mort. »

HARTMANN cite : « 66 castrations abdominales totales pour lésions bilatérales graves des annexes (20 fois non suppurées avec 20 guérisons, 40 fois manifestement suppurées avec 1 mort. »

Et avec JONNESCO, ils concluent non seulement à la bénignité opératoire absolue de l'hystérectomie dans les cas de lésions bilatérales des annexes, mais à sa grande efficacité thérapeutique.

Enfin DELAGE, élève de TERRIER écrit sa thèse de Doctorat sur « *L'hystérectomie abdominale, dans le traitement des inflammations des annexes de l'utérus* » ouvrage où nous voyons surtout exposés les différents procédés d'hystérectomie abdominale.

Quelques jours après la soutenance de cette thèse paraît dans la *Revue de Chirurgie* (décembre) un article en collaboration de TERRIER et DELAGE sur le même sujet.

A signaler encore la communication faite par SOREL au *Congrès français de Chirurgie* (21 au 26 octobre 1901) sur les indications de l'hystérectomie abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes, l'excellent article de MONPROFIT paru dans les *Archives provinciales de Chirurgie* (sept. et oct.) et les thèses de PILAT et VALSAMIDES.

En 1902 paraît le livre de J. L. Faure sur la « *Chirurgie des annexes de l'utérus* » où nous retrouvons une partie des idées précédemment exprimées par TERRIER, et dont nous avons extrait les passages suivants :

« D'autre part, et c'est là le reproche le plus grave que l'on puisse faire à l'extirpation des annexes, si c'est une opération très souvent bonne, c'est parfois aussi une opération incomplète. Un certain nombre de laparotomisées continuent à souffrir de leur utérus et pour ne citer qu'un chiffre, sur 300 femmes ayant subi l'extir-

pation des annexes, RICHELOT a dû 53 fois recourir à l'hystérectomie vaginale secondaire. »

« L'extirpation des annexes ne fait rien contre la métrite, bien qu'elle amène souvent une certaine atrophie de l'utérus ; mais un utérus infecté, reste infecté, et les femmes conservent des douleurs, des hémorrhagies, des écoulements leucorrhéiques, tous les troubles enfin qui accompagnent la métrite vulgaire, et cela est si vrai, que POZZI, qui est un des laparotomistes les plus convaincus, recommande expressément de faire suivre toute ablation des annexes d'un curettage, qu'il pratique un mois après l'opération, »

Enfin citons en 1903 les articles d'ACQUAVIVA et ROUX parus dans la *Revue de Chirurgie* (janvier, février, mars), ceux de BEAUSSENAT et BENDER, (Société anatomique) et de PICHEVIN (Bulletin médical 23 mai).

DU PYOSALPINX

ETIOLOGIE.

Nous étudierons rapidement dans ce chapitre l'étiologie du pyosalpinx : dans les livres classiques tels que les traités de chirurgie de DUPLAY, RECLUS, LE DENTU, DELBET, nous trouvons la question traitée de main de maître et nous ne voudrions point paraître avoir la prétention d'y ajouter quelque chapitre nouveau.

Ainsi que le dit SEGOND : « Les phlegmasies des annexes sont des affections de la vie génitale de la femme » et la plus grande partie des auteurs sont d'accord pour reconnaître que c'est de 20 à 35 ans et surtout de 20 à 25 ans que ces affections se rencontrent le plus souvent. Cependant nous ajouterons qu'il n'est pas rare d'en trouver à un âge plus avancé et nous n'en voulons pour preuve que les observations de femmes atteintes de pyosalpinx doubles, citées à la fin de cette thèse et âgées respectivement de 38, 41, 43 et 45 ans.

Quant au degré de fréquence des pyosalpingites par rapport aux autres affections annexielles, il nous paraît difficile d'en juger et de donner des chiffres. Le pyosalpinx est en effet une affection souvent douloureuse et son dénouement brusque par rupture amène plus fréquemment les malades dans les hôpitaux qu'une salpingite banale souvent méconnue et plus souvent encore non soignée.

Au point de vue de l'unilatéralité et de la bilatéralité des lésions, il est admis que la première l'emporte sur la seconde et DELBET dans son *Traité des suppurations pelviennes* dit : « Croire à la bilatéralité constante des pyosalpingites c'est faire une véritable erreur de pathologie; non seulement les pyosalpingites ne sont pas toujours bilatérales, mais de toutes les formes de salpingites, la suppurée est celle qui est le plus fréquemment unilatérale ». TAIT d'ailleurs dont l'expérience portait sur un millier de cas avait souvent constaté l'intégrité parfaite des annexes d'un côté accompagnant une pyosalpingite de l'autre. Sans en tirer des conclusions nous relevons parmi les malades opérées dans le service du Dr PICQUÉ du 1^{er} mai 1903 au 1^{er} mai 1904. 15 cas de lésions bilatérales contre 17 unilatérales et parmi ces dernières 7 du côté droit et 10 du côté gauche. MARTIN au *Congrès des naturalistes* de Berlin en 1886 avait montré dans sa statistique que 138 fois contre 58 le côté gauche était atteint dans les formes de salpingites suppurées.

Quelle est donc la cause des pyosalpinx? Et nous remémorant la discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie en 1888 et où TRÉLAT, QUÉNU, ROUTIER, TERRILLON établirent que les salpingites reconnaissent presque toujours pour cause une infection par voie muqueuse due à une endométrite concomitante, malgré quelques faits apportés par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et où la propagation par voie lymphatique semblait évidente, nous dirons avec la majorité des chirurgiens que la pyosalpinx, terme ultime de l'infection purulente des trompes est le résultat d'une précédente infection utérine.

Cette endométrite d'ailleurs peut elle-même reconnaître différents agents et sans être aussi absolus que SAENGER qui prétend que 9 fois sur 10 le gonocoque doit être mis en cause, nous constatons que la plus grande partie des femmes qui furent opérées à Bichat, avaient présenté durant une certaine période de leur vie, des écoulements à caractère blennorrhagique, et que d'autres avaient dans leur passé génital un ou plusieurs accouchements ou avortements. Nous tenons à signaler ce fait, mis d'ailleurs en lumière par BOUILLY, et les recherches de WITTE, HARTMANN, MORAX, que l'infection puerpérale à forme localisée est une des plus fréquentes causes de l'infection ascendante des trompes.

Parmi les malades hospitalisées à Bichat, dans le service du Dr Picqué, une grosse majorité est constituée par des femmes admises, les unes pour avortement,

soit fait, soit à craindre, les autres pour suppurations pelviennes.

La coexistence dans le même établissement de ces deux affections est bien faite pour attirer l'attention sur leur rapport probable et notre maître estime avec nous que si les observations de pyosalpinx sont si nombreuses dans cet hôpital, plus nombreuses même que dans les autres services de chirurgie de Paris, cela est dû très vraisemblablement aux nombreux cas d'avortement qu'on y voit.

D'ailleurs, si ces agents, gonocoque, streptocoque et staphylocoque, peuvent à eux seuls occasionner des pyosalpinx, ils peuvent se réunir chez la même malade, et y créer cette infection mixte appelée par Pozzi, puerpuéro-blennorrhagique.

Nous ajouterons pour finir que quelques communications relatives à des salpingites vraisemblablement dues à des maladies générales infectieuses ont été faites par HARTMANN, WALTHER, POZZI et que FREUND en Allemagne et STAPPER en France ont ingénieusement soutenu deux théories différentes sur les causes favorisant la formation des pyosalpinx ; le premier faisant intervenir l'arrêt de développement de la trompe atteinte, le second, l'arythmie des circulations locales.

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES

Nous avons vu précédemment que le pyosalpinx était l'aboutissant des salpingites purulentes : la formation, l'existence, l'évolution de cette collection tubaire donneront naissance à diverses formes cliniques de l'affection, formes que nous étudierons spécialement, laissant volontairement de côté, les autres symptômes plus ou moins communs aux différentes sortes de salpingites, bien décrites d'ailleurs dans les ouvrages récents.

Disons tout de suite, qu'à chacune de ces formes cliniques correspond une phase de la maladie et qu'un même pyosalpinx peut les parcourir toutes successivement.

La forme aiguë, avec symptômes locaux et généraux bruyants sera souvent la phase de début, où l'abcès se forme ; tandis que la forme chronique à évolution silencieuse répondra à la période d'état.

Les poussées aiguës de pyosalpinx s'accompagnent

le plus souvent des signes indiquant une réaction péritonéale assez violente.

Les douleurs deviennent de plus en plus vives, de plus en plus intolérables ; la station debout et même la position assise sont pénibles ; le décubitus seul apporte quelque soulagement à la malade.

En même temps la fièvre s'allume et le thermomètre marque 38 ou 39 degrés, le pouls un peu fréquent reste bien frappé, l'appétit est mauvais ou nul ; il y a quelques nausées ou vomissements, la constipation s'établit.

Si vous examinez la malade vous constatez que le ventre est tendu, surtout au niveau de l'une ou de l'autre fosse iliaque : on ne peut en déprimer la paroi sans douleur et sans exagérer la défense musculaire. Le toucher combiné à la palpation abdominale nous renseigne plus complètement : le vagin est chaud et le cul-de-sac empâté du côté correspondant au point douloureux abdominal.

L'utérus un peu gros, semble souvent peu mobile, et la trompe du côté atteint se sent difficilement par suite de l'inflammation péri-annexielle. Cependant, si, ainsi qu'on doit toujours le faire, on pratique l'examen sous-chloroforme on se rend compte que la trompe est grosse et bosselée.

Tous ces symptômes indiquant une phase aiguë peuvent s'amender et même disparaître : la fièvre qui, le premier jour et les jours suivants, oscillait entre 38

et 39° avec des rémissions matinales de quelques dixièmes de degrés se rapprochera peu à peu de 37°. Les douleurs vives d'abord se calmeront par le repos absolu au lit avec la vessie de glace ; les pertes, grâce aux injections vaginales, diminueront sensiblement : la phase d'état commence, car bien que les signes généraux se soient calmés, les signes locaux indiquant la lésion annexielle persistent.

Cette forme aiguë des pyosalpinx, telle que nous venons de l'indiquer est rare, c'est presque l'exception ; le plus souvent ces collections tubaires évoluent sournoisement, accompagnées de quelques douleurs sans grand caractère, surtout au moment des règles, et de quelques pertes blanches ou rouges.

Mais que cette forme chronique, en quelque sorte latente, succède à une poussée aiguë, ou s'établisse insidieusement, elle n'en possède pas moins un certain nombre de symptômes locaux que nous allons étudier.

La palpation abdominale, plus facile à pratiquer que dans la période aiguë décèle quelques points douloureux profonds.

Le toucher fait sentir une tumeur latérale, développée aux dépens de la trompe et séparée de l'utérus par un sillon. Cette tumeur est le plus souvent délimitable quoique peu mobile par suite des adhérences. Parfois la tuméfaction est sentie dans l'un ou dans l'autre cul-de-sac dont elle fait bomber la paroi : la trompe et le

pyosalpinx y sont prolabés et y ont contracté des adhérences.

Jamais nous n'avons constaté ce plastron décrit par TERRILLON et dû, d'après ce chirurgien, à l'accollément des annexes à la paroi abdominale : nous pensons que peut-être, il s'agissait là encore, d'appendicites non diagnostiquées.

La tumeur salpingienne est le plus fréquemment douloureuse et si on la comprime entre les doigts introduits dans le vagin et la main déprimant la paroi abdominale on arrache des cris à la malade.

Quant à l'état général il est relativement assez bon ; la température voisine de la normale présente seulement dans sa courbe quelques rares ascensions, expliquées par les auteurs, comme étant le résultat de réactions péritonéales localisées, dues à ce que quelques gouttes de pus se sont échappées par le pavillon de la trompe et sont tombées dans le péritoine.

Mais cette malade ainsi atteinte du pyosalpinx, est en quelque sorte éternellement condamnée au repos. Le moindre travail physique, la moindre fatigue lui sont interdits car immédiatement la fièvre se rallume, les douleurs se raniment. Les règles elles-mêmes sont pour cette femme l'occasion de nouvelles poussées douloureuses. Elle devient l'une de ces grandes invalides qui partagent leur temps entre leur lit et leur chaise longue. On peut se demander si cette forme de pyosalpinx, à allure relativement silencieuse n'est pas une

des plus graves puisqu'elle laisse souvent la femme qui en est atteinte non prévenue.

Car cette collection tubaire peut se rompre et si quelques fois le pus en est stérile, il est souvent aussi microbien : nous verrons alors la dernière forme clinique de cette affection, la péritonite généralisée par rupture, péritonite que nous avons appris à voir souvent guérir à Bichat dans le service de notre Maître, mais qui n'en reste pas moins une complication extrêmement grave.

Nous tenons à citer ici-même les observations d'un certain nombre de ces cas, observations recueillies par notre confrère et ami M. CHAPEYRON en vue d'un travail qu'il prépare sur ce sujet, et qu'il a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION I

Péritonite par rupture de pyosalpinx. Laparotomie d'urgence. Guérison.

Ch... Zélina, 47 ans, entre le 29 mars 1904 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Malade souffrant du ventre depuis 14 ans, soignée déjà pour tumeur annexielle.

Le 28 courant, dans la nuit, la malade est prise subitement d'une violente douleur généralisée à tout l'abdomen, mais surtout vive à gauche. Vomissements porracés.

Transportée d'urgence salle Chassaignac.

Examen clinique. — Ventre ballonné, très douloureux à la palpation, défense musculaire manifeste. Par le toucher grosse tumeur occupant le cul-de-sac latéral gauche et faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur.

Pouls 120.

Température 39° 2.

Opération le 29 mars, par MM. CHAPEYRON et MOISSAN.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine un flot de pus s'échappe, provenant de la

fosse iliaque gauche. On isole avec des petits champs les anses intestinales fortement congestionnées. Recherche de l'utérus prolabé dans le cul-de-sac de Douglas et découverte d'une poche remplie de pus constituée par les annexes gauches, fortement adhérentes à l'utérus et aux anses grêles.

Les adhérences sont rompues assez facilement ; la poche est attirée à l'extérieur : elle est constituée par deux tumeurs l'une kystique développée au dépens de l'ovaire, l'autre au dépens de la trompe très distendue par le pus.

Ablation des annexes gauches, gros pédicules. On examine l'annexe du côté droit qui est adhérente et manifestement malade. Un drain et un Mikulicz sont placés dans le cul-de-sac de Douglas. Suture en un plan par crins doubles. Guérison.

OBSERVATION II

**Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx.
Laparotomie. Guérison.**

A... Marie, 28 ans, entre le 28 septembre 1903, à Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Souffre du ventre, depuis 8 ans, surtout à gauche.

L'année dernière curettage pour pertes abondantes.

Les douleurs ne cessent pas et s'irradient vers les reins et les jambes.

Brusquement vers la fin de septembre douleurs dans tout le ventre semblables à des coliques.

Pas de pertes.

Etat clinique.

Pouls 120.

Température 38° 9.

Ventre douloureux dans toute son étendue, facies grippé, respiration pénible.

Opération le 23 septembre par MM. GRÉGOIRE et MOREL.

Incision médiane sus pubienne. Le petit bassin et le reste de la cavité abdominale sont pleins de pus. Les anses intestinales sont rouges et distendues. Du côté gauche, pyosalpinx rompu.

Ablation de cette annexe. Rien à droite. Utérus resté en place.

Cinq drains sont placés dans l'ordre suivant.

1 dans le Douglas.

1 dans la fosse iliaque droite.

1 dans la fosse iliaque gauche.

1 du côté droit du membre, remontant très haut.

1 du côté gauche du membre, remontant très haut.

Suites. — 12 octobre. La malade va très bien. Guérison.

OBSERVATION III

Péritonite par rupture de pyosalpinx. — Laparotomie. — Décès.

De G... Albertine, 34 ans, entre le 27 février 1904 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents — La malade a commencé à souffrir depuis une dizaine de jours. Depuis 8 jours, elle vomit chaque jour. Fièvre le soir.

Etat clinique. — Le ventre est un peu ballonné, douloureux partout sans prédominance à droite.

Température 38,5.

Pouls, 140.

Opération le 1^{er} mars par MM. TIXIER et CHAPEYRON.

Laparatomie médiane. Les anses intestinales sont rouges, pas de pus entre elles.

En explorant du doigt on sent une grosse masse tendue au-dessus et en arrière de l'utérus. Suivant la technique habituelle, les champs et la valve sont disposés. En décollant la masse de l'utérus on entre dans une poche énorme donnant issue à environ 600 grammes d'un pus très fétide. Les anses intestinales adhèrent intimement à la poche. Le décollement est effectué

entre le rectum et l'utérus. Etant donné l'adhérence à l'intestin et l'état précaire de la malade deux drains sont mis dans le cul-de-sac postérieur, et entourés de mèches.

Suture à trois plans.

Décédée le 19 avril.

Examen du pus.

Nombreux microbes : staphylocoques, colibacilles, streptocoques.

OBSERVATION IV

Péritonite généralisée. — Laparotomie (Urgence).

D... Juliette, 25 ans, entre le 8 août 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Malade prise brusquement le 6 août d'une vive douleur en coup de poignard au dessus du pubis. A vomi depuis 3 jours. N'a pas été à la selle depuis, a eu du hoquet. Pas d'antécédents gastriques, appendiculaires, génitaux. Le toucher ne donne rien.

Etat clinique. — Pouls 140. Température, 38°2.

Facies grippé. 40 respirations à la minute. Ventre

tendu et très douloureux. Extrémités cyanosées et froides. Langue très sèche.

Intervention à midi.

Opération le 8 août à midi par MM. GRÉGOIRE et MOREL.

Laparotomie médiane sus-ombilicale d'abord, à la recherche d'une perforation possible de l'estomac. Estomac et vésicule biliaire intacts. Plaie sus-ombilicale refermée.

Incision sous-ombilicale. Flots de pus, fausses membranes tapissant les anses qui sont agglutinées. Evacuation de cette suppuration et recherche de son point de départ. Appendice et annexe gauche intacts. Annexe droite englobée dans des adhérences et des fausses membranes. C'est là le point de départ de la suppuration. Pas de poche de pyosalpinx rompue, mais du pus sourd par la trompe. Drainage, (5 gros drains).

Décédée à 9 heures du soir le même jour.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des pyosalpinx, souvent facile lorsqu'on se trouve en présence d'un cas type, n'en est pas moins fréquemment difficile, et cette difficulté réside dans ce fait que nombre d'affections utéro-annexielles partagent avec les pyosalpingites des symptômes communs.

Nous croyons donc utile d'insister dans ce chapitre, avant d'aborder le fond de la question, sur la nécessité absolue, déjà réclamée par SEGOND, d'examiner systématiquement sous chloroforme toutes les malades justiciables d'une intervention gynécologique. C'est là une conduite à laquelle notre maître le Dr PICQUÉ ne faillit jamais, et nous avons appris auprès de lui à apprécier l'importance et l'utilité de cet examen qui permet de mieux sentir à travers les parois musculaires relâchées, les organes sains ou malades contenus dans le petit bassin.

Un examen ainsi entendu nous permettra d'éliminer

aussitôt les névralgies ovariennes sans substratum anatomique, et les rétroflexions de l'utérus pouvant en imposer pour un pyosalpinx prolabé dans le cul-de-sac de Douglas.

Mais si ces affections peuvent être écartées immédiatement, il n'en est pas de même de certaines autres.

Les salpingites aiguës ne se différencieront que par le peu d'augmentation de volume de la trompe.

Les fibrômes pédiculés, de petite dimension, pourront être parfaitement pris pour des pyosalpinx : comme ces derniers, ils s'accompagnent de métrorrhagies et quelquefois même de douleurs. La fièvre sur laquelle on compterait pouvoir se baser pour porter un diagnostic de suppurations annexielles, peut, ainsi que nous l'avons montré au chapitre précédent, faire défaut. Mais si son absence n'apporte au diagnostic aucun élément nouveau, sa constatation plaidera du moins en faveur d'un pyosalpinx : nous pensons, en effet, que les poussées inflammatoires décrites par certains auteurs, autour de prétendus fibrômes, étaient en somme basées sur un diagnostic faux et que l'on avait affaire le plus souvent, non à un fibrôme, mais bien à un pyosalpinx méconnu. S'appuyer sur la présence de leucorrhée pour diagnostiquer une annexite est tout aussi susceptible de critiques ; sur le volume ? mais des pyosalpinx moyens peuvent très bien être pris pour des petits fibrômes ; sur la consistance ? mais si la poche tubaire est bien tendue, non fluctuante ou à parois épaisses,

elle donnera aux doigts qui la palpent la sensation d'un fibrôme. La bilatéralité elle-même n'est pas une preuve certaine de suppurations annexielles puisqu'on cite des observations de fibrômes pédiculés bilatéraux. Citons enfin comme cas rare l'observation n° XXI recueillie à la fin de cette thèse où deux pyosalpinx englobant l'utérus, firent penser à un fibrôme.

Il y a donc fréquemment dans ce diagnostic des fibrômes et des pyosalpinx, une véritable difficulté, et les seuls symptômes sur lesquels on puisse à peu près échafauder son opinion en faveur de ces derniers sont, d'une part, la fièvre, et, d'autre part, la douleur provoquée : lorsqu'en effet, entre les doigts introduits dans le vagin et la main placée sur l'abdomen on comprime la tumeur, on fait naître une douleur assez vive, douleur qui n'existe pas dans les fibrômes.

Un excellent signe donné par le toucher sera, lorsqu'il pourra être perçu, la continuité de la trompe avec la tumeur lorsque celle-ci sera constituée par un pyosalpinx.

Quant au diagnostic différentiel avec les kystes de l'ovaire, nous ne croyons pas qu'il y ait lieu d'en parler, et si la chronique médicale cite quelques cas anciens, où des pyosalpinx de grand volume furent pris pour des kystes ovariens moyens, nous pensons qu'actuellement l'erreur n'est plus guère possible : elle ne serait excusable que dans le cas de torsion du pédicule d'un kyste de petit volume.

Le diagnostic devient encore beaucoup plus ardu à

établir lorsqu'on est en droit de penser à une grossesse tubaire au début : tous les signes des pyosalpinx peuvent s'y trouver. Quant aux différents symptômes propres à cette grossesse, tels que : ramollissement du col, augmentation de volume de l'utérus, absence de règles, rejet de caduques, montée de lait dans les seins, etc..., ils ne permettent souvent pas à eux seuls de poser un diagnostic ferme.

Réunis tous chez la même femme, ils devront, indiscutablement, faire penser à une grossesse extra-utérine ; malheureusement, en clinique, ces signes perdent beaucoup de leur valeur, lorsqu'il faut les appliquer à un cas particulier où précisément l'erreur est possible. D'ailleurs, l'un ou l'autre de ces symptômes peut manquer ou du moins être explicable par une autre cause. On assistera rarement au rejet de débris de caduques et la femme pourra ne s'en point rappeler.

L'absence de règles sera délicate à constater, la grossesse tubaire occasionnant de fréquentes métrorrhagies.

La présence de lait dans les seins sera un excellent signe de probabilité, surtout lorsque la femme n'aura pas encore eu d'enfant ; mais son importance diminuera si cette même femme a déjà été mère, ou nourrit encore.

Seuls, le ramollissement du col, l'augmentation de volume de l'utérus, l'accroissement régulier de la

tumeur, pourront entraîner la conviction et faire pencher le diagnostic du côté d'une grossesse tubaire.

L'appendicite et une annexite droite suppurée pourront également être prises l'une pour l'autre et cela d'autant plus facilement que l'appendice et la trompe malades donnent lieu à des symptômes locaux et généraux fort semblables. Cette question a été étudiée par BARNSBY dans sa thèse où nous trouvons une observation très curieuse communiquée par le D^r PICQUÉ. Disons seulement que dans les cas, même les plus probables, d'appendicite chez une femme, il ne faut pas manquer de pratiquer le toucher vaginal pour se rendre compte de l'intégrité des annexes : on s'évitera ainsi de poser un diagnostic qu'il faudrait changer une fois l'opération faite.

Quant au diagnostic de la nature de la collection tubaire, il est à peu près impossible de l'établir avant l'opération. Se baser sur la fièvre pour dire que la collection est purulente et sur son absence pour la considérer comme amicrobienne, c'est retomber dans les erreurs notées plus haut. Hydrosalpinx, hématosalpinx, sont, le plus souvent, des étiquettes qu'on ne peut mettre que sur des organes extirpés et nous nous élevons absolument contre les tentatives qui ont été faites pour établir un diagnostic précoce en ponctionnant la collection incriminée. DELBET et TERRIER d'ailleurs, la repoussent, l'un en montrant le danger d'aller ponctionner une collection intra-péritonéale et qui peut être virulente,

l'autre en disant que, même si l'on ramène du pus, rien ne prouve qu'il vienne bien de la trompe. Nous ajouterons que le trocart, même manié par une main expérimentée, peut parfaitement léser une anse intestinale ou occasionner au niveau de la tumeur une hémorrhagie mortelle : nous avons en effet assisté cette année, à l'extirpation d'un kyste de l'ovaire sur la paroi duquel des vaisseaux gros comme le petit doigt formaient une véritable tête de Méduse et plusieurs fois nous avons constaté la très forte vascularisation des pyosalpinx.

D'ailleurs si le diagnostic reste incomplet cliniquement, les indications opératoires ne sont-elles pas les mêmes ? Et qui sait si telle collection amicrobienne aujourd'hui ne sera pas purulente demain ?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au cours d'une salpingite, le pus secrété par la muqueuse tubaire s'écoule dans l'utérus tant que *l'ostium uterinum* reste perméable. Mais si, pour une cause ou pour une autre amenant l'oblitération de la lumière du canal, le pus ne trouve plus de voie d'écoulement, il s'accumule dans la cavité de la trompe, en distend peu à peu les parois, et forme alors une poche purulente constituant en un mot le pyosalpinx.

Ce pyosalpinx siègera le plus souvent dans les deux tiers externes de la trompe, et nous en trouvons la raison dans ce fait que le calibre de cette dernière n'est pas partout égal. Au niveau de *l'ostium uterinum* il mesure à peine 1 millimètre tandis qu'il s'accroît jusqu'à 5 ou 6 millimètres au voisinage du pavillon. Il est donc rationnel que le pus s'accumule dans les parties les plus larges du canal tubaire et c'est ce qui existe presque toujours. Quant au volume de la collection il est éminemment variable : il y a des pyosalpinx aussi petits qu'un

œuf de pigeon et d'autres aussi gros qu'une tête de fœtus.

La paroi de la poche est formée des différents plans fibro-musculaires épaissis constituant la trompe ; on y constate une infiltration cellulaire extrêmement abondante, et, chose intéressante, cette infiltration s'étend même jusqu'à la portion interne de la trompe qui souvent à l'œil paraît saine. Les vaisseaux sanguins sont eux-mêmes augmentés en nombre et en volume.

Cette paroi n'est pas partout d'une égale épaisseur et pour Pozzi elle est surtout faible « au point correspondant aux adhérences de la poche en arrière ». Ceci explique dans la rupture des pyosalpinx le rôle prépondérant des adhérences, d'une part par les tiraillements qu'elles exercent sur la paroi et d'autre part, par ce fait qu'elles s'insèrent en un point moins résistant.

Une fois formée la collection tubaire, sauf dans le cas où elle sera maintenue par des adhérences, obéissant aux lois de la pesanteur, tendra à s'enfoncer dans le petit bassin : une cavité est là prête à la recevoir ; c'est le cul-de-sac de Douglas, et nous voyons en effet dans les observations citées plus loin la grande fréquence des pyosalpinx prolabés entre l'utérus et le rectum. Ces pyosalpinx, d'ailleurs, par les adhérences qu'ils contractent avec l'intestin sont d'une énucléation très difficile et très délicate.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et nous voyons les collections tubaires prendre dans la cavité pelvienne

des positions variables. Accolées à l'utérus, sans sillon de démarcation sensible, elles pourront faire croire à une augmentation de volume de cet organe et être prises pour un fibrome (Obs. n° XXI). D'autres fois remontant à droite, vers la cavité abdominale, elles engloberont dans leurs adhérences le cœcum et son appendice rendant difficile le diagnostic différentiel avec l'appendicite. Parfois aussi elles adhéreront, sur les côtés, aux parois du petit bassin.

Enfin, dans les suppurations anciennes, l'inflammation péri-annexielle, créera souvent autour de la collection une zone de pelvi-péritonite enkystée, au milieu de laquelle disparaîtra la trompe. Nous rapportons une observation (N° XXIX) où à l'ouverture de la cavité abdominale il fut impossible de reconnaître les différents organes contenus dans le petit bassin et où les moindres tractions sur les adhérences faisaient sourdre le pus comme d'une éponge pressée.

Quant à l'examen bactériologique du pus des pyosalpinx opérés dans le service, examen fait par le Dr MORTIER, au laboratoire, annexé à la salle Chassaignac, il établit la grande fréquence du staphylocoque comme agent infectieux.

Sans vouloir, les résultats n'étant pas assez nombreux, baser sur ces examens une statistique rigoureuse et vraiment valable, nous remarquons cependant que la bactériologie des pyosalpinx dont nous rapportons les observations, présente par ordre de fréquence :

Le staphylocoque ;

Le steplocoque ;

Le coli-bacille ;

Une fois le gonocoque a été trouvé, et quoique ce cas de gonocoque intra-leucocytaire ne rentre pas absolument dans le cadre de notre thèse, puisqu'il appartient à un pyosalpinx unilatéral, on nous pardonnera de le citer, étant donné son intérêt.

OBSERVATION V

Pyosalpinx gauche. Salpingectomie. Guérison.

M... Louise, âgée de 19 ans, entre le 20 juillet 1903 à l'Hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Souffre depuis 8 jours dans la fosse iliaque gauche, avec irradiations douloureuses vers la cuisse du même côté. Rien dans la fosse iliaque droite. Pas de pertes rouges, mais pertes jaune-verdâtre. Ni vomissements ni nausées. La station debout augmente les douleurs.

Examen clinique. — Petit utérus ante-fléchi. Annexe droite sensible, mais peu douloureuse. A gauche, tuméfaction volumineuse.

Opération le 30 juillet 1903 par MM. GRÉGOIRE et
et MOREL.

Ablation des annexes du côté gauche constituées par
un volumineux pyosalpinx. On laisse celles du côté
droit.

Deux drains. Pédicules et sutures à la soie.

Examen du pus. — Nombreux leucocytes polynu-
cléaires en voie de dégénérescence, presque exclusifs.

Gonocoques intra-leucocytaires après coloration au
Gram. Pas d'autres microbes.

Culture sur bouillon .	} Mêmes constatations.
— gélose . .	

PRONOSTIC

Le pronostic des pyosalpinx est toujours grave, et la gravité vient de la localisation même de la lésion : le pyosalpinx étant un abcès et un abcès intrapéritonéal, sa complication la plus redoutable, et malheureusement la plus habituelle, sera la péritonite par rupture, et ce mot seul suffit à nous montrer toute l'importance d'un diagnostic et d'une intervention précoces.

L'évolution d'un pyosalpinx tient en effet entre deux éventualités : ou la poche se rompt ou elle ne se rompt pas.

Tant qu'il est intact le pyosalpinx fait, ainsi que nous l'avons montré au chapitre des symptômes, de la femme qui le porte, une infirme.

Lorsqu'il se rompt, il peut s'ouvrir soit dans le péritoine, soit dans quelqu'un des organes pelviens (utérus, intestin, vagin, vessie). Si le pyosalpinx est gros, renfermant une grande quantité de pus, si la solution de continuité de la trompe permet à celle-ci de se vider

d'un seul coup dans le péritoine, si enfin des adhérences ne se forment pas à temps pour mettre une barrière entre le pus et le reste de la cavité péritonéale, saine encore, nous aurons une péritonite aiguë généralisée. Mais si la poche ne se vide que peu à peu, par à-coup, si chaque fois la quantité de pus est minime, si la défense leucocytaire a le temps de s'organiser, nous aurons une péritonite localisée, moins grave certes que la précédente.

Quant aux cas où la rupture a lieu dans un organe voisin, ils sont rares, et si quelques guérisons exceptionnelles ont été observées de cette façon, cette éventualité ne peut guère être considérée comme très heureuse, car, outre l'infection communiquée à l'organe voisin, le trajet fistuleux qui le réunit au pyosalpinx peut, à un moment donné, se refermer et la poche tubaire se reconstituer de nouveau.

Le chirurgien ne doit pas, lorsqu'il se trouve en présence d'un pyosalpinx, envisager une telle solution ni songer qu'il est des cas où le pus des poches tubaires est stérile.

Uniquement préoccupé de soustraire sa malade à une péritonite qui la menace d'un instant à un autre, il doit oublier les quelques cas où la guérison fut naturelle, et armer sa main pour une intervention qui sera d'autant plus louable qu'elle sera plus hâtive.

TRAITEMENT

Nous avons au chapitre de l'historique examiné les différentes alternatives par où passa la chirurgie des annexes avant d'arriver à ce qu'elle est aujourd'hui. Ajoutons pour être complet, que le traitement des salpingites, affections alors mal connues, fut à l'époque où la chirurgie abdominale n'existait pas encore presque entièrement médical. D'ailleurs, en ce temps, le toucher vaginal ne se complétait pas du palper et la plupart du temps le diagnostic était erroné : le chirurgien se contentait d'explorer de l'index les culs-de-sacs vaginaux et le col utérin, complétant quelquefois son examen par la mise du spéculum, et c'était tout. Quant aux interventions elles se résumaient à de craintives colpotomies ou à des incisions étroites faites à l'endroit où le pus semblait devoir se faire jour. La plupart du temps, l'opérateur cherchait avant tout à ne pas ouvrir la cavité péritonéale et craignant une infection, malheureusement inévitable, s'adressait de pré-

férence aux moyens médicaux pour tenter de guérir les malades. Les cataplasmes laudanisés ou la vessie se glace contre les douleurs, les antithermiques contre la fièvre étaient à peu près ses seules ressources.

Mais ce traitement, s'il en était un, ne guérissait pas comme bien on pense, et malgré les incontestables progrès de la chirurgie qui conduisirent LAUMONIER, de Rouen, et CALLISEN à pratiquer les premières ponctions de salpingites, l'un par la région inguinale, l'autre par le vagin, il nous faut attendre l'application de la méthode antiseptique à la chirurgie par LISTER, pour voir en 1872 LAWSON-TAIT pratiquer le premier une laparotomie contre un ovaire atteint de suppuration chronique. La chirurgie des annexes était de ce jour créée et si, pendant une vingtaine d'années, elle hésita sur la voie par laquelle il convenait d'aborder les collections annexielles il est admis universellement aujourd'hui que la laparotomie est de beaucoup préférable à la voie vaginale lorsque le chirurgien a pour but de pratiquer sur les annexes une opération raisonnée, aussi complète au point de vue opératoire qu'au point de vue thérapeutique. Il est inutile de revenir ici sur les avantages de la voie haute et nous nous en déclarons dès maintenant partisans convaincus aussi bien pour les pyosalpinx à siège franchement abdominal que pour ceux prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, pour les récents que pour les anciens.

Cependant si dans les cas de pyosalpinx, l'interven-

tion chirurgicale est maintenant admise par la majorité des chirurgiens, il n'en fut pas toujours ainsi et sans remonter bien loin dans l'histoire thérapeutique de ces collections nous trouvons les opinions partagées en deux camps. Les uns voulaient que l'on opérât toujours les pyosalpinx, d'autres espérant la restitution *ad integrum* de la trompe malade demandaient que l'on employât auparavant des moyens moins radicaux. Les premiers citaient de nombreux cas de mort dus à des péritonites par rupture, les seconds, s'appuyant sur quelques observations où la collection tubaire s'était vidée dans l'utérus, et sur d'autres où le pus en avait été trouvé stérile, différaient l'intervention. Pour ces derniers aussi, les petits pyosalpinx ne devaient pas être opérés, car on n'avait pas à craindre de rupture.

A l'heure actuelle, les discussions ne roulent plus que sur le moment où il est préférable d'opérer.

Le chirurgien peut, en effet, se trouver en présence de deux cas très différents. Ou la malade est en pleine période de poussée aiguë, ou elle est en quelque sorte quiescente, sans fièvre.

S'il doit opérer dans ce dernier cas, doit-il également intervenir dans le premier? Les chances de succès ne sont peut-être plus les mêmes. Nous avons d'un côté un pyosalpinx à pus virulent, pouvant lors de son extirpation, malgré les précautions les plus grandes, causer une péritonite mortelle, et de l'autre côté une collection depuis longtemps refroidie, à pus inspissé ou peut-être

même stérile. Le pronostic opératoire ne semble donc plus être le même et pour l'égaliser certains chirurgiens veulent qu'on attende le refroidissement de la collection et qu'on se mette par là dans des conditions identiques de succès.

RICHELOT au Congrès de Genève a insisté sur ce sujet : « La gravité immédiate, dit-il, est en relation étroite avec la qualité du pus. Il y a des pus stériles ou peu septiques, il y a en a d'extrêmement virulents. On peut faire avec les premiers des séries d'opérations heureuses : mais il importe de savoir que dans certaines laparotomies, l'opérateur est désarmé. Les plus intransigeants reconnaissent le danger des grandes poches friables et adhérentes ; l'aspiration du pus ne suffit pas, car il en reste assez pour inoculer le péritoine au moment où la déchirure se produit. »

BOUILLY, lui, nous renseigne sur l'évolution spontanée des poussées aiguës : « Malgré la gravité apparente des symptômes, en dépit de la réaction péritonéale, dans l'immense majorité des cas, l'opération d'urgence ne s'impose pas. Ces poussées sont plus effrayantes que graves et presque toujours, pour ne pas dire toujours, elles se terminent en quelques jours, par la chute des accidents et le retour à l'état antérieur, en laissant parfois une aggravation dans les symptômes. »

C'est, en résumé, la condamnation de l'intervention d'urgence. Nous ne sommes pas entièrement de cet avis. Car si parfois des poussées aiguës de pyosalpinx ont pu se

terminer heureusement et justifier par là la temporisation, il arrive fréquemment par contre, qu'après une courte période de mieux relatif, les phénomènes généraux et locaux ne reprennent avec une intensité encore plus grande et forcent alors le chirurgien à intervenir dans la crainte d'une rupture de la poche. D'avoir trop attendu cela conduit quelquefois l'opérateur à opérer une malade affaiblie par l'hecticité et il peut, alors, se trouver dans des conditions opératoires inférieures à celles qu'il aurait eues en opérant d'urgence.

Une des difficultés de l'extirpation des annexes est constituée en effet par l'existence d'adhérences qui sont d'autant plus résistantes et plus nombreuses qu'elles sont plus anciennes et qui le plus souvent reliait la tumeur à l'intestin. Au cours de l'intervention, lorsque ces adhérences sont serrées, il devient extrêmement délicat de ne pas endommager le tube digestif. Or nous savons que ces mêmes adhérences se multiplient au moment des poussées aiguës.

Nous croyons donc que dans les pyosalpingites, comme dans l'appendicite, il faut opérer dès le diagnostic porté et ne pas trop compter pour différer l'intervention sur une amélioration qui peut non seulement manquer mais bien au contraire être remplacée par une aggravation.

Cette opinion est celle du docteur PICQUÉ et la nôtre : nous avons constamment vu notre maître, dans l'une ou l'autre de ces affections opérer le plus tôt possible et

n'avoir qu'à s'en louer. D'ailleurs l'excellence même des statistiques de Bichat prouve toute la valeur d'une telle conduite.

L'intervention dirigée contre les pyosalpinx simples ou doubles fut au début la salpingectomie uni ou bilatérale. Il avait semblé tout d'abord aux chirurgiens que l'ablation simple des annexes, lorsque celles-ci renfermaient des collections purulentes dut amener une guérison rapide et durable.

Cette opération suffit dans un certain nombre de cas en effet, mais pas dans tous malheureusement, et il n'échappa pas à l'observations des opérateurs qu'à la suite de ces interventions, le mieux qui s'était établi, ne tardait pas souvent à disparaître. Les malades qui avaient subi une salpingectomie unilatérale, présentaient, quelques mois après, du côté qui avait été respecté, des lésions semblables à celles pour lesquelles on était intervenu ; celles chez qui on avait pratiqué une castration bilatérale étaient peu après reprises d'accidents qui sans être aussi graves n'en restaient pas moins importants.

Ces résultats frappèrent l'esprit des chirurgiens et nous voyons TAIT, qui pourtant avait été partisan de l'extirpation unilatérale des annexes lorsque celles de l'autre côté étaient saines, écrire :

« Je suis douloureusement impressionné par la fréquence avec laquelle les opérations de cette sorte (unilatérale) se sont montrées absolument insuffisantes pour

remplir leur but, et où la maladie est revenue du côté opposé et a nécessité une seconde intervention chirurgicale... je n'ai pas encore une base suffisante pour une conclusion absolue; mais l'opinion que j'ai maintenant formée, c'est que si une malade est suffisamment atteinte pour justifier une laparotomie pour maladies inflammatoires des annexes de l'utérus, et qu'un seul côté soit trouvé affecté, l'opération pour donner à la malade, le bénéfice durable et complet que nous devons désiré pour toutes nos opérations, doit être bilatérale» (In Delbet). Et nous voyons VAN DEN VEER, GORDON et MUNDE s'exprimer de même.

Quoiqu'il y ait ces phrases décevantes soient malheureusement trop vraies, l'opinion qu'elles renferment n'en est pas moins à combattre. Suivre le conseil de TAIT c'est s'adonner à une véritable chirurgie de tendance. Evidemment nous voyons assez souvent des malades ayant subi une opération unilatérale et reprises d'accidents du côté respecté, regretter qu'on n'ait point fait double intervention. Mais le chirurgien ne peut pourtant pas supprimer des organes sains et utiles pour les empêcher de devenir malades !

Il doit et ne doit faire que le stricte nécessaire.

Cependant si la salpingectomie unilatérale s'accompagnait souvent de récidives de l'autre côté, on aurait pu croire que la castration bilatérale dut assurer la guérison dans les cas de pyosalpinx doubles puisqu'elle supprimait les deux trompes et les deux ovaires. Il n'en

fut rien, et on nota la persistance de douleurs et de troubles variés.

« La question des résultats éloignés de la simple castration bilatérale par laparotomie, dit DELAGE, fut bien étudiée en Allemagne par CHROBAK, qui revoyant ses anciennes opérées, ne constatait de guérison complète que pour une moitié seulement. SCHAUTA, LANDAU BARDENHAUER au Congrès de Breslau en 1894; SCHAUTA, de nouveau au Congrès de Vienne en 1895, apportèrent les résultats éloignés de leurs statistiques; ils n'obtenaient une parfaite guérison que dans 50 à 60 0/0. Les chirurgiens faisaient d'ailleurs la même constatation, à part le professeur TERRIER, et son élève HARTMANN qui déclaraient n'avoir qu'à se louer de la laparotomie en examinant 59 cas consécutifs de leur pratique pour les lésions des annexes. PAUCHET en 1896, disait dans sa thèse ne trouver que 65.5 0/0 de guérisons définitives.

« CHARVIN arrivait à 87 0/0 en suivant 135 malades laparotomisées par Pierre DELBET et ne constatait sur le nombre de malades retrouvées que 45 guérisons absolument parfaites pour 31 seulement suffisantes. »

« HARTMANN (de Paris) avait opéré 104 malades avant décembre 1896 et sur ce nombre, AUDIO, dans sa thèse, consigne qu'il en a revu 47 sur lesquelles 26, soit 55 0/0 sont complètement guéries. BAUDRON enfin, faisant une réunion des cas opérés par des laparotomistes des plus expérimentés, arrive à ne trouver que 68 0/0 de résultats satisfaisants. »

En somme d'un côté comme de l'autre, après une salpingectomie unilatérale, comme après une salpingectomie double, une grosse partie des malades n'était pas guérie et continuait à souffrir et d'une façon telle que, dans un cas, PÉAN fut amené à pratiquer une hystérectomie secondaire.

Ces résultats conduisirent en 1894 DELAGÉNIÈRE à conseiller l'hystérectomie abdominale dans les cas de lésions annexielles doubles. Il était en effet évident que les troubles accusés par les malades devaient être rapportés à l'utérus laissé en place, utérus presque toujours sinon toujours infecté, et cause primordiale des accidents.

On sait comment fut accueillie la communication de ce chirurgien et quels reproches lui furent faits. En outre de la complication opératoire que ses adversaires y voyaient, ils retournaient contre lui les objections qu'ils avaient précédemment faites aux hystérectomistes vaginaux : choc opératoire plus grand, diminution de résistance du plancher pelvien, pouvant amener par la suite des ptoses viscérales variées, intestinales, rénales etc..., création d'adhérences entre la vessie et le rectum pouvant gêner le bon fonctionnement de ces organes ; l'hystérectomie devait conduire les malades à la neurasthénie, à la mélancolie, et même à l'aliénation mentale ; enfin elle devait faire de la femme un être sans sexe chez lequel s'éteindrait l'appétit génital, et qui subirait

par la suite, dans ses habitudes et dans son aspect extérieur, des modifications profondes.

L'avenir devait démontrer l'exagération pessimiste de ces pronostics, et la pratique de cette opération faire bon marché de telles objections : l'opinion de M. PICQUÉ opinion intéressante à connaître, puisqu'il s'est tout spécialement occupé des psychoses post opératoires, est que l'hystérectomie ne fait nullement de la femme une candidate à l'aliénation mentale, et que seules le deviennent les prédisposées, personnellement ou héréditairement : mais alors la plus petite opération peut entraîner les mêmes conséquences.

Les résultats opératoires immédiats et éloignés sont d'ailleurs venus confirmer la valeur de la thèse soutenue par DELAGÉNIÈRE et les chirurgiens américains.

A l'heure actuelle, l'extirpation des pyosalpinx bilatéraux se complète toujours de l'hystérectomie soit totale, soit sus-vaginale. Nombreuses en sont les différentes méthodes proposées par les chirurgiens, et l'on peut dire que chacun a la sienne, qu'il considère comme préférable, parce qu'il a l'habitude de la pratiquer.

Nous croyons cependant que, parmi cette longue liste de procédés opératoires ayant pour but l'hystérectomie abdominale, un opérateur averti ne doit pas en préférer un à l'exclusion de tous les autres, ni l'appliquer dans tous les cas : il doit être suffisamment éclectique pour reconnaître aux uns des avantages qui, en certaines occurrences, manquent à d'autres.

Nous trouvons dans la thèse de DELAGE, développés en entier, les différents procédés d'hystérectomie.

Ceux de DELAGENIÈRE, de BARDENHAUER, de JONNESCO, de RICHELLOT, d'HARTMANN, entraînent la suppression complète de l'utérus, corps et col; J.-L. FAURE décrit un procédé d'hystérectomie totale et supra-vaginale par hémisection utérine; HOWARD A. KELLY (de Baltimore) en expose un par incision continue de droite à gauche et de gauche à droite. TERRIER, enfin, accorde ses préférences à la supra-vaginale.

Les uns font de l'hystérectomie le temps secondaire de l'extirpation des annexes, les autres le premier temps, et l'auteur conclut avec ces derniers :

« Tous les procédés d'hystérectomie abdominale où l'ablation de l'utérus précède celle des annexes, sont préférables, car ils permettent l'ablation facile des masses annexielles, de bas en haut, après avoir donné plus de jour pour les aborder. »

Nous n'admettons pas entièrement cette conclusion, car si l'hystérectomie primitive peut quelquefois donner une certaine facilité à l'opérateur pour l'extirpation secondaire de pyosalpinx, il en est d'autres où elle serait plutôt gênante.

Dans les observations que nous citons, il est des cas où la moindre traction exercée sur des adhérences faisait sourdre du pus : ce sont ceux de pyosalpinx compliqués de pelvi-péritonite enkystée (Obs. IX, X et XI). On comprendra aisément que l'hystérectomie pratiquée

dans le voisinage de ces foyers purulents, amène par suite des différentes manœuvres nécessitées par cette opération, et malgré l'habileté du chirurgien, le même résultat. L'opérateur verra alors son champ opératoire envahi par le pus, et occupé à extirper l'utérus il ne pourra aussi rapidement se rendre maître du mal en en supprimant la cause.

Nous croyons donc qu'il est préférable de décortiquer et de réséquer tout d'abord les annexes, puis de pratiquer une hystérectomie secondaire. Et cette hystérectomie, nous la préférons, comme DELAGE, sus-vaginale, sauf toutefois dans les cas où il y a intérêt à supprimer le col de l'utérus. Car, bien qu'à l'heure actuelle on sache laver un vagin, il n'en reste pas moins vrai que ce canal, aussi propre que possible, n'en est pas moins rarement parfaitement aseptique, et dans les jours qui suivent l'opération il a de grandes chances de se réinfecter de nouveau. De plus, on n'aura pas aussi complètement déformé le plancher pelvien et le moignon utérin resté en place, contribuera d'une façon importante à empêcher certaines ptoses viscérales possibles. Enfin, dans la suite, on n'aura pas à craindre, soit la persistance dans le vagin, de fréquentes fistules gênantes, soit l'existence de brides et de cicatrices douloureuses.

La raison pour laquelle, dans certains cas, l'hystérectomie totale semblait devoir être préférée, c'était la facilité d'établir un drainage dans le point le plus

déclive du petit bassin. Nous savons aujourd'hui que l'on peut drainer d'une façon tout aussi efficace par la plaie abdominale que par le vagin. D'ailleurs les statistiques, toujours d'après DELAGE, donnent un léger avantage à la supra-vaginale sur la totale : la mortalité étant de 5,1 0/0 dans la première contre 6,3 0/0 dans la seconde.

A la suite de salpingectomies bilatérales, l'hystérectomie sus-vaginale est donc justifiée par ce fait, que l'utérus, rendu alors inutile, peut dans la suite devenir dangereux. Infecté le plus souvent, puisque c'est de lui, qu'est partie, par voie muqueuse ou lymphatique, l'infection ascendante des trompes, il peut dans certains cas (Obs. XI) être transformé en une véritable éponge purulente. Il n'y a donc aucun intérêt à le garder. Mais il ne faut pas rejeter tout le tort sur cet organe, et nous croyons que bien des fois le rôle nuisible fut dû, lors de salpingectomies sans hystérectomie, à l'existence de pédicules gros et infectés (Observations XXV et XXX). Il arrive fréquemment, en effet, qu'au cours de l'extirpation des annexes, on ait à lier des pédicules présentant une grande surface de section, infectée malgré son apparence saine. Sans faire entrer en ligne de compte les cas où la ligature tomba, ceux où elle sectionna les tissus, par conséquent tous ceux où le canal tubaire resta perméable et permit à l'infection utérine de se propager au péritoine, il en est d'autres, où malgré la solidité de la ligature on eut

à noter l'existence de symptômes caractéristiques d'une suppuration peri-utérine.

Nous croyons devoir citer ici l'observation suivante, où, à la suite d'une salpingectomie double non complétée de l'hystérectomie, la persistance d'une fistule nous amena à opérer de nouveau la malade. Le trajet fistuleux nous conduisit sur l'un des pédicules.

OBSERVATION VI

E..., Marthe, 19 ans.

Déjà opérée dans le service par M. PICQUÉ, le 28 février 1903, pour annexite double suppurée.

Depuis la première opération, continue à souffrir du ventre, surtout du côté gauche, non du côté droit.

Douleurs dans le vagin.

La plaie n'est pas entièrement fermée, il persiste une fistule donnant issue à du pus.

Fièvre.

Réopération le 6 août, par M. MOREL, interne du service.

Incision médiane. La fistule aboutit à l'angle gauche de l'utérus.

Elle est circonscrite. La corne utérine est infiltrée, volumineuse et fortement adhérente au colon pelvien.

Hystérectomie supra-vaginale. Libération des adhérences.

La malade fait une pneumonie double, rien du côté de l'abdomen.

Guérison complète.

Parmi les observations recueillies par nous, où la salpingectomie bilatérale fut accompagnée, d'ailleurs, d'hystérectomie supra-vaginale secondaire, nous voyons très fréquemment relatée, l'existence de pédicules gros et infectés. Il nous est donc permis de penser que bien des fois, dans les résections annexielles sans hystérectomie, la persistance de lésions inflammatoires dans le petit bassin, signalée par les auteurs anciens, fut due à des foyers de péritonite enkystée, localisés au voisinage des pédicules.

Ces suppurations consécutives s'accompagnent d'un cortège symptomatique fébrile dans lequel la douleur joue un rôle important. Cette douleur est due, la plupart du temps, aux adhérences qui se forment et qui englobent dans leurs mailles les organes voisins.

L'observation suivante en est un exemple.

OBSERVATION VII

Ch..., Eugénie, âgée de 24 ans.

A déjà été opérée en juillet 1904, par M. MENET, pour annexite double suppurée.

Rentre de nouveau à l'hôpital, le 16 novembre, pour douleurs localisées à gauche, douleurs ne l'ayant pas quittée depuis sa première opération.

Envie de selles fréquentes, douleurs en marchant extrêmement pénibles, température élevée.

Etat clinique et examen.

Utérus conservé à la précédente opération ; dans le cul-de-sac de Douglas on sent une tuméfaction imprécise.

Opération faite le 28 novembre par M. PICQUÉ.

Incision médiane. On constate à la face postérieure de l'utérus des adhérences intestinales très serrées, ces adhérences sont difficiles à séparer.

L'hystérectomie est pratiquée sans ligature préalable des utérines, pas de péritonisation. 2 Mikulicz. 3 pinces à demeure.

Guérison.

Mais si dans ces cas il est facile de prévenir le mal en sacrifiant, lors de l'intervention, un organe, et un organe rendu inutile, il n'en est pas de même lorsque nous nous trouvons en présence d'un pyosalpinx à gros pédicule mais unilatéral.

Les pédicules gros et infectés ne se rencontrent pas seulement, en effet, dans les suppurations annexielles doubles, et l'on peut parfaitement, au cours d'une laparotomie, trouver, d'un côté, un pyosalpinx, et de l'autre côté, des annexes saines ou du moins non justiciables de l'extirpation.

Que devra donc faire le chirurgien pris entre ces deux craintes extrêmes de faire trop ou trop peu ?

Devra-t-il, suivant la conduite préconisée par LAWSON TAIT et d'autres, supprimer complètement l'appareil utéro-annexiel de sa malade et justifier cette opération radicale en s'appuyant sur tous les cas où l'infection gagna le côté sain peu après l'opération ? A-t-il le droit de retrancher, de parti pris, toute une partie encore intacte de cet appareil ? Quoique persuadé qu'il sera probablement bientôt appelé à pratiquer une opération complémentaire plus large, puisqu'en somme il laisse un foyer de récurrence dans ce pédicule, peut-il retirer à sa malade tout espoir de maternité future ?

Nous ne le croyons pas, et malheureusement, pour prévenir cette rechute probable, le chirurgien est à peu près désarmé. Même s'il pratique, comme le conseille Pozzi, un mois après l'opération, un curettage ayant pour but de désinfecter l'utérus, arrivera-t-il à enrayer le mal ? Ce curettage qui peut agir favorablement sur l'utérus, n'aura pas grand effet sur le pédicule laissé en place et, d'ailleurs, il arrivera souvent trop tard.

Cette question est donc évidemment délicate à résoudre, sinon impossible, et elle ne trouve sa solution que dans certains cas que nous allons examiner.

En plus de son pyosalpinx, la malade a un utérus fibromateux ou cancéreux : l'hystérectomie est commandée par ses affections concomitantes.

La femme atteinte de lésions unilatérales est déjà

d'un certain âge à la période de la ménopause : elle ne peut devenir de nouveau enceinte. Son utérus peut et doit donc être sacrifié.

Pour ces cas, pas d'hésitation, mais si notre malade est jeune, capable encore de devenir mère, que faire ?

Nous croyons que dans l'état actuel de la chirurgie, le seul parti à prendre, c'est de laisser l'utérus en place et de s'efforcer, par tous les moyens possibles, de désinfecter le plus le pédicule.

Si le chirurgien est de nouveau obligé d'intervenir, du moins aura-t-il fait tout ce qu'il aura pu, d'une part, en laissant à sa malade la possibilité d'une maternité future, d'autre part, en mettant de son côté toutes les chances de guérison.

Parmi les cas que nous venons d'envisager, nous n'avons en somme jusqu'ici considéré que les cas extrêmes : ceux où des lésions bilatérales évidentes commandent absolument l'extirpation totale et ceux où la lésion est uniquement unilatérale.

Entre ces cas se place une foule de cas intermédiaires où le chirurgien décidé à intervenir d'un côté hésite à étendre son opération à l'autre trompe qui, quoique moins atteinte, n'en est pas moins sérieusement touchée. Nous croyons et estimons que, quand le chirurgien hésite, en se basant sur les lésions seules, à faire une salpingectomie double suivie d'hystérectomie, la constatation d'un gros pédicule infecté, doit entraîner

sa décision et le faire pencher vers une opération radicale.

En dehors de ces cas, où le chirurgien est appelé à craindre pour plus tard la persistance de phénomènes suppuratifs, il en est d'autres où l'hystérectomie abdominale secondaire est indiquée. Ce sont ceux où l'hémostase est impossible et où le chirurgien n'est pas en mesure d'arrêter le suintement sanguin par les méthodes ordinaires.

Ces méthodes sont d'après DELBET :

- 1° La compression ;
- 2° Les lavages chauds ;
- 3° Les liquides antihémostatiques ;
- 4° Le fer rouge ;
- 5° Le tamponnement.

Si ces procédés sont dans certains cas capables de faire l'hémostase d'une façon suffisamment rassurante, ils sont quelquefois absolument inefficaces.

Les hémorragies les plus difficiles à arrêter pendant une salpingectomie ne sont pas en effet dues à un tronc vasculaire, facile à isoler et à lier, mais ce sont les suintements sanguins qui se produisent au niveau des surfaces utérines décollées des adhérences. Ces suintements, très dangereux, et qui peuvent après l'opération, amener la mort de la malade par hémorrhagie, proviennent de vaisseaux capillaires impossibles à pincer et à lier.

Lorsque ce suintement est un peu important et ne

semble pas devoir cesser, le chirurgien après avoir épuisé les procédés ordinaires, est autorisé à pratiquer l'hystérectomie. Les 3 cas de TAUFFER, celui de ROUITIER où ces chirurgiens n'eurent comme suprême ressource que l'hystérectomie, sont classiques, et nous-même avons vu, dans le cas suivant, M. PICQUÉ recourir à ce moyen.

OBSERVATION VIII

Gi... Marie, âgée de 23 ans, entrée le 6 janvier 1903, salle Chassaignac, Hôpital Bichat.

Antécédents. — Mariée depuis 7 ans.

Douleurs abdominales pour la première fois il y a 3 ans et attaque très forte il y a un mois. Depuis est obligée, pour ne pas souffrir, de rester couchée. Pertes blanches depuis longtemps.

Examen. — Utérus immobilisé; vers le cul-de-sac postérieur, tuméfaction qui pourrait être prise pour le promontoire, mais qui s'étend de chaque côté dans les culs-de-sac latéraux. Col légèrement entr'ouvert. Pyosalpinx probable.

Opérée le 13 janvier 1903 par le Dr PICQUÉ.

Incision médiane. Utérus légèrement incliné à gauche et adhérent en arrière, pyosalpinx assez volumi-

neux à droite, rien à gauche, que quelques lésions inflammatoires de la trompe. Utérus petit, assez friable.

L'hémostase étant difficile, on pratique l'hystérectomie supra-vaginale. Drainage.

Examen de la pièce. — Cavité utérine petite, en arrière un petit débris placentaire très adhérent.

Guérison.

CONCLUSIONS

I. Dans les cas de pyosalpinx, l'opérateur, soucieux de faire une opération complète à tous les points de vue, devra recourir à la voie abdominale.

II. Lessalpingectomies doubles seront toujours complétées par une hystérectomie primitive ou secondaire ; primitive lors de poche parfaitement enkystée ; secondaire dans tous les cas où il y aurait lieu de craindre l'envahissement du champ opératoire par le pus.

III. L'hystérectomie sera justifiée par ce fait, que l'utérus devenu inutile, est presque toujours, sinon toujours infecté, et que dans certains cas relativement fréquents, il existe de gros pédicules : causes pouvant nécessiter dans la suite une nouvelle intervention.

IV. Cette hystérectomie devra, sauf dans les cas où il y aura intérêt à supprimer le col de l'utérus, être supra-vaginale : les résultats en sont préférables à ceux

de l'hystérectomie totale et le drainage est tout aussi efficace par la plaie abdominale que par le vagin.

V. Toutes les fois que l'hémostase ne pourra être faite parfaitement, le chirurgien devra recourir à l'hystérectomie pour arrêter le suintement sanguin.

VU : *Le Président,*

PAUL BERGER.

VU :

Le Doyen,

DEBOVE,

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,*

L. LIARD.

OBSERVATION IX.

Pyosalpinx double. — Hystérectomie abdominale supra-vaginale secondaire. — Guérison.

Br..., âgée de 26 ans, entrée le 2 février, à l'Hopital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Douleurs abdominales surtout à gauche, règles douloureuses et abondantes. Pertes blanches.

Examen. — Col gros, un peu mou, utérus en anteflexion légère, assez mobile. Annexite droite déprimant le cul-de-sac latéral droit, très douloureuse. — Fond de l'utérus impossible à trouver sans anesthésie.

Opération le 10 février 1904 par M. PICQUÉ.

Incision médiane ; on découvre des adhérences épiploïques et intestinales, qui relient très mollement le fond de l'utérus. Peu à peu on découvre le fond et la face postérieure de cet organe. A ce moment on fait sourdre une notable quantité de pus ; l'utérus est fixé à l'aide d'une pince et rejeté en avant. On arrive facilement

sur l'annexe droite qui est sinueuse, augmentée de volume et très vascularisée. Elle est réséquée. A gauche l'annexe semble beaucoup plus volumineuse, elle est réséquée comme la précédente, mais on constate que c'était elle qui était le siège du pyosalpinx.

Dans un deuxième temps l'hystérectomie supra-vaginale est pratiquée. 2 Mikulicz.

OBSERVATION X

Salpingite double parenchymateuse compliquée de pelvi-péritonite enkystée. — Hystérectomie abdominale supra-vaginale, secondaire. — Guérison.

D... Alice, âgée de 22 ans, entrée le 14 décembre 1903, à l'Hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Cette malade entre pour une fistule ouverte dans la fosse ischio-rectale droite. La quantité de pus est considérable et augmente par la palpation bimanuelle qui permet de constater dans le cul de sac postérieur une tuméfaction assez dure pouvant être à la rigueur, constituée par un promontoire.

Un deuxième examen est négatif, ce qui démontre au moins qu'au premier examen la tumeur bien constatée n'était pas due à un promontoire.

M. Morel, interne du service, qui suit la malade affirme qu'à certains moments la malade est prise de

douleurs vives, fébriles, et qu'à ce moment, à l'examen il a vu réapparaître la tumeur postérieure : ce qui confirme l'existence d'un pyosalpinx ouvert dans la fosse ischio-rectale, qui se ferme de temps à autre, donnant lieu aux accidents sus-indiqués.

Opération le 8 janvier 1904 par M. PICQUÉ.

Incision médiane. On tombe de suite sur des adhérences de l'épiploon et de l'intestin grêle avec le fond de l'utérus ; elles sont détachées peu à peu et on voit sourdre une très abondante quantité de pus.

Ce pus est extratubaire et logé dans des foyers de pelvi-péritonite enkystée. Les trompes très adhérentes de chaque côté présentent chacune des lésions de salpingite parenchymateuse.

Hystérectomie supra-vaginale secondaire. — 2 Mikulicz.

OBSERVATION XI

Pyosalpinx double. Hystérectomie supra-vaginale secondaire. Guérison.

Van A... Adrienne, âgée de 39 ans, entre le 31 octobre, à l'hôpital Bichat, salle Chassaingnac.

Antécédents. — Réglée à 14 ans 1/2 toujours très régulièrement.

Souffre depuis une dizaine d'années du ventre mais seulement par intervalle. Depuis 6 mois douleurs continues, plus violentes, des deux côtés.

Pertes verdâtres et sanguinolentes avec caillots.

Pas de vomissements.

Examen clinique :

Au toucher grosse masse annexielle gauche : on ne peut déterminer le fond de l'utérus.

Opération le 7 novembre 1903 par M. PICQUÉ.

Incision médiane : on tombe sur une tumeur volumineuse adhérente aux anses grêles et à l'S. iliaque. A gauche la rupture de quelques adhérences fait sourdre du pus en assez grande abondance ; il est étanché avec précaution. M. Picqué n'ayant pas reconnu le fond de l'utérus n'en pratique pas immédiatement l'extirpation.

Il constate que sur la ligne médiane deux tumeurs latérales sont accolées, et en les écartant il arrive sur le fond de l'utérus. A ce moment la poche de droite qui n'a pas été touchée devient la plus accessible : elle a plus que le volume du poing. L'énucléation rapide donne issue à une quantité énorme de pus ; une fois cette tumeur enlevée on procède de même du côté gauche. On reconnaît que l'utérus est réduit à une sorte d'éponge purulente au niveau de ses bords et on pratique l'hystérectomie sans ligature préalable des utérines.

3 Mikulicz. — Guérison.

Examen du pus recueilli au cours de l'opération.

Staphylocoques, nombreux leucocytes polynucléaires, colibacilles, streptocoques??

Mêmes résultats par culture sur bouillon et gélose.

OBSERVATION XII.

Pyosalpinx double. Hystérectomie supra-vaginale secondaire.

M... Marguerite, âgée de 33 ans, entrée le 23 février 1903, à l'hôpital Bichat, salle Chassaing.

Examen clinique. — La fosse iliaque est le siège d'une tuméfaction douloureuse. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une autre tuméfaction douloureuse qui semble constituée par le pôle inférieur de la tumeur iliaque. Pas de signes actuels de péritonite généralisée.

Pouls, 110.

Température, 38° 2.

Intervention décidée.

Opération le 23 février 1903, par MM. GRÉGOIRE et TIXIER.

Incision sous-ombilicale. Le fond de l'utérus est gros, presque en position normale et perdu dans un magma d'adhérences. Du côté droit, l'intestin grêle et le rectum forment une masse adhérente recouvrant les

annexes suppurées et prolabées dans le cul-de-sac de Douglas. — Décollement des adhérences, ablation des annexes droites et de l'appendice qui fait corps avec la tumeur inflammatoire. Du côté gauche, ablation des annexes peu adhérentes :

Hydrosalpinx et ovarite non suppurées.

Dans un second temps, ablation supra-vaginale de l'utérus.

Drainage : Un drain et une mèche.

Examen du pus. — Peu de microbes, quelques colibacilles et staphylocoques. Nombreux leucocytes polynucléaires.

Culture sur bouillon. — Colibacilles et staphylocoques.

Culture sur gélose. — Colibacilles et staphylocoques blancs.

OBSERVATION XIII.

Pyosalpinx doubles. Hystérectomie supra-vaginale secondaire. Guérison.

F... Marie, âgée de 21 ans, entre le 31 novembre 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Réglée vers 15 ans, toujours depuis régulièrement. Crises douloureuses correspondant aux

périodes des règles, se manifestant par de vives douleurs abdominales gauches, durant 3 ou 4 jours. Vers le 31 novembre crise plus forte que les autres, déterminant son entrée à l'hôpital.

Accouchée il y a six mois. Pas de fausse couche.

Examen clinique. — Au toucher on constate la présence de deux masses annexielles, la gauche semblant plus considérable que la droite. Pyosalpinx probables.

Opération le 3 décembre 1903, par M. PICQUÉ.

Incision médiane : on constate deux pyosalpinx constitués par les trompes augmentées de volume. Celle de gauche est la plus volumineuse. A droite une portion épiploïque adhère à la partie convexe de la trompe. A gauche, adhérences plus importantes, difficiles à détacher car elles forment un magma adhérent dans lequel se trouvent comprise une portion de l'S iliaque et une petite région du cul-de-sac antérieur sur lequel elles débordent un peu. Dès qu'on veut exercer une traction légère sur cette zone d'adhérences, le pus commence à sourdre ; les trompes se détachent d'elles-mêmes de leur insertion utérine. En libérant l'intestin on constate une éraillure qui ne semble pas pénétrante. L'hystérectomie supra-vaginale est pratiquée après résection successive des deux pyosalpinx.

Pas de péritonisation.

Guérison.

Examen du pus. — Leucocytes polynucléaires. Pas de bacilles.

OBSERVATION XIV.

Pyosalpinx double. Hystérectomie supra-vaginale secondaire. Guérison.

H... Louise, âgée de 34 ans, entre le 15 mai 1903, hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Souffre du ventre depuis 9 mois à la suite de couches à terme. Vives douleurs au moment des règles. — Depuis quelques mois la malade perd abondamment : elle est toujours dans le sang.

Examen clinique. — Utérus mobile, un peu gros et douloureux. Cicatrice sur le col à gauche. Tuméfaction dans le cul-de-sac droit, empatement dans le cul-de-sac gauche, mais pas de collection nette : Annexite bilatérale suppurée.

Opération le 2 juin 1903, par M. SAVARIAUD.

Incision médiane : on tombe sur l'utérus qui est volumineux, les annexes apparaissent. On essaie de décoller l'annexe droite qui est très adhérente, la poche kystique est ponctionnée (appareil Potain) ; la collection salpingienne est évacuée, les adhérences qui enchaînent l'annexe droite sont libérées, section du pédicule après ligature. L'annexe gauche contient également un kyste

suppuré, elle se laisse libérer sans incident. Dans un second temps l'hystérectomie supra-vaginale est pratiquée.

Drainage. Guérison.

OBSERVATION XV

Annexite bilatérale. Hystérectomie supra-vaginale secondaire. Guérison.

J... Eugénie, âgée de 39 ans, entre le 11 mai 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaingnac.

Antécédents :

Métrorrhagie il y a 6 ans ayant duré 3 mois.

Avortement d'un enfant macéré, de 7 mois en février 1902.

Depuis mars 1903, métrorrhagies à gros caillots, survenant tous les 15 jours et suivies de pertes blanches.

Troubles nerveux depuis cette époque.

Examen clinique :

Utérus volumineux. Cul-de-sac droit et cul-de-sac de Douglas remplis par une masse volumineuse. Annexes droites augmentées de volume ; annexes gauches un peu sensibles. Pelvi-péritonite.

Opération le 29 mai 1903 par M. SAVARIAUD.

Incision médiane : les annexes du côté droit apparaissent volumineuses, petit kyste salpingien suppuré à la face antérieure de l'annexe droite. Pédicule à la soie et ablation de cette annexe qui était assez difficile à extraire : une anse intestinale adhérait fortement à la face postérieure. L'annexe gauche est enlevée sans incident. L'utérus est alors facilement mobilisé et on pratique l'hystérectomie abdominale supra-vaginale.

Léger drainage enlevé 48 heures plus tard.

Guérison.

OBSERVATION XVI

Pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale supra-vaginale secondaire. Guérison.

G... Suzanne, âgée de 41 ans. entre le 23 mars 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents :

Quelques douleurs au moment des règles depuis 6 mois.

Pertes blanches et rouges assez abondantes.

Examen clinique : Col porté en avant, petit, fermé ; petit utérus sur la ligne médiane. Dans le cul-de-sac postérieur et latéral droit, se prolongeant un peu dans le cul-de-sac latéral gauche, grosse tumeur, dure, irré-

gulière, remontant jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et la symphise et constituée très probablement par un gros pyosalpinx ou par une grossesse extra-utérine rompue.

Opération le 30 mars 1903 par M. PICQUÉ.

Incision médiane : nombreuses adhérences de l'intestin à la corne utérine droite : en détachant ces adhérences on voit sourdre le pus d'une poche sous-jacente, profondément située dans le cul-de-sac postérieur, et constituée par une annexite droite suppurée. A gauche même lésion, mais moins prononcée.

Lorsque les deux tumeurs ont été enlevées, on constate que les pédicules sont volumineux et on pratique alors l'hystérectomie supra-vaginale.

3 Mikulicz.

Guérison.

OBSERVATION XVII

Pyosalpinx double. Hystérectomie supra-vaginale secondaire. Guérison.

I.... Emilie, âgée de 35 ans, entre le 8 février 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents :

Réglée à 13 ans très régulièrement, pas de pertes blanches.

Un enfant, pas de fausse-couche.

Douleurs abdominales violentes surtout à gauche.

Température 39. — Pouls 95.

Opérée d'urgence le 8 février 1903 par M. VIVIER, interne du service, pour une collection iliaque simulant une appendicite.

La malade continuant à avoir de la fièvre et un mauvais état général est réopérée le 4 mars.

Examen clinique. — L'examen bi-manuel a démontré depuis, l'existence d'une poche située dans le petit bassin et semblant d'origine annexielle.

Opération le 4 mars 1903 par M. PICQUÉ.

Incision médiane : immédiatement on tombe sur un pyosalpinx droit, saillant, globuleux ; le fond de l'utérus est visible.

A gauche quelques adhérences épiploïques.

L'énucléation de la poche est très difficile en raison de ses adhérences au fond du cul-de-sac de Douglas et de sa profondeur. Elle se rompt à différentes reprises, laissant s'écouler une quantité considérable de pus. Il existe une petite annexite à gauche, d'où hystérectomie abdominale supra-vaginale.

Drainage.

Guérison.

OBSERVATION XVIII

Pyosalpinx droit, foyer kystique de pelvi-péritonite à gauche. Hystérectomie abdominale supra-vaginale secondaire. Guérison.

P... Céline, âgée de 27 ans, entre le 23 février 1904 à l'hôpital Bichat, salle Chassaingnac.

Antécédents :

Pertes blanches depuis 7 ans.

Fausse-couche de 2 mois datant de 7 jours.

Douleurs abdominales bilatérales.

Examen clinique. — Utérus peu volumineux, mais il existe à droite et à gauche des masses annexielles, plus grosses à droite.

Opération le 2 mars par M. PICQUÉ.

Incision médiane : A droite il existe un gros pyosalpinx, profondément situé dans le cul-de-sac de Douglas, les adhérences en sont lâches.

A gauche foyer kystique de péritonite : la trompe adhérent à l'S iliaque est extirpée. L'utérus est alors enlevé par la méthode supra-vaginale.

La veille un curettage avait été fait par M. VIVIER, interne du service, et avait ramené peu de débris placentaires.

Examen de la pièce. — La cavité utérine ouverte est petite et contient dans la corne droite des débris placentaires qui ont échappé à la curette.

Guérison.

OBSERVATION XIX

Fibrôme et pyosalpinx droit. Hystérectomie abdominale supra-vaginale secondaire. Guérison.

G... Augustine, 45 ans, entre le 7 février 1904, hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — La malade souffre du ventre depuis une dizaine d'années à la suite d'une fausse couche qui aurait donné lieu à un commencement de péritonite. Pertes blanches assez rares, pas de métrorrhagies. Depuis lors avait remarqué que ses règles étaient profuses et douloureuses.

Le 1^{er} février les douleurs abdominales étant devenues plus violentes et s'accompagnant de fièvre, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Examen clinique. — Tumeur considérable repoussant la paroi abdominale.

A droite grosse saillie dans le cul-de-sac postérieur refoulant le col derrière la symphise.

Température élevée.

Opération le 17 février 1904 par M. PICQUÉ.

Incision, médiane : la tumeur superficielle est constituée par l'utérus fibromateux ; derrière et à droite énorme tumeur annexielle plongeant profondément dans le cul-de-sac de Douglas : c'est l'annexe droite formant un énorme pyosalpinx qui se rompt avant la fin de la décortication.

Hystérectomie supra-vaginale par le procédé habituel. Guérison.

OBSERVATION XX

Pyosalpinx gauche. Péritonite enkystée à droite. Hystérectomie abdominale supra-vaginale secondaire. Guérison.

B... Angèle, âgée de 27 ans entre le 17 décembre 1903, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Douleurs intermittentes depuis 2 ou 3 ans, augmentant depuis 3 mois et vives surtout au moment des règles.

Pertes blanches depuis 2 mois.

Depuis 1 mois la malade est complètement alitée.

Examen clinique. — Col très entrouvert, tapissé de fongosités, utérus petit en antéflexion. Pyosalpinx nettement sensible à gauche.

Opération le 16 janvier 1904 par M. PICQUÉ.

Incision médiane : A gauche on trouve une annexite formant tumeur dans le tiers externe ; à la face antérieure de cette tumeur adhérent quelques franges épiploïques. Les deux tiers internes de la trompe ont leur paroi notablement épaissie.

A droite la trompe est en apparence saine, mais il existe autour d'elle deux petits foyers de suppuration.

Dans ces conditions, l'hystérectomie supra-vaginale est pratiquée suivant les règles ordinaires.

Drainage.

Guérison.

OBSERVATION XXI

Double pyosalpinx. Hystérectomie abdominale supra-vaginale secondaire. Guérison.

B... Léonie, âgée de 43 ans, entre le 8 juin 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Pertes rouges abondantes depuis le mois de décembre et douleurs dans les côtés droit et gauche du ventre.

Pas d'enfant, pas de fausse couche.

Depuis 5 ou 6 jours, pertes plus abondantes, douleurs plus vives, température élevée.

Examen clinique. — Col un peu volumineux, dur, corps utérin gros antéfléchi, mobile. Dans le cul-de-sac postérieur petite salpingite droite.

Diagnostic porté. Fibrôme avec annexite droite.

Opération le 16 juin 1903, par M. SAVARIAUD.

Incision médiane. — On constate qu'il n'existe pas de fibrôme utérin, mais que le corps de l'utérus est englobé par deux énormes pyosalpinx qui sont d'abord enlevés. Puis on pratique l'hystérectomie supra-vaginale sans incident.

Drainage.

Guérison.

OBSERVATION XXII

Hydrosalpinx gauche et pyosalpinx droit. Hystérectomie abdominale supra-vaginale secondaire. Guérison.

S... Laurence, âgée de 31 ans entre le 23 juillet 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Souffre depuis 3 semaines; vomissements et maux de tête, pas de pertes.

Vers le 16 ou 17, pertes légères et douleurs, bientôt après pertes abondantes avec caillots. Les douleurs augmentent aussi surtout à gauche.

Examen clinique. — Utérus moyennement gros, incliné à droite; en arrière de l'utérus et dépassant son fond est une tuméfaction volumineuse dont on sent l'extrémité inférieure, par le toucher, dans le cul-de-sac postérieur.

Du côté gauche, petite masse annexielle dure.

Opération le 28 juillet 1903, par M. GRÉGOIRE.

Incision médiane. Ablation des annexes, puis de l'utérus. Restauration du péritoine. Drainage.

Guérison.

OBSERVATION XXIII

Double pyosalpinx. Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Guérison.

M... Rose, âgée de 22 ans entre le 7 août 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Souffre du ventre depuis une quinzaine de jours, douleurs s'irradient dans les jambes et du côté des reins. Elles augmentent par la marche ou la station debout : ni vomissements ni nausées.

Pas d'antécédents puerpuéraux. Pas de pertes.

Examen clinique. — Utérus un peu volumineux ; des deux côtés, grosses masses annexielles.

Opération le 8 août, par M. GRÉGOIRE.

Incision médiane : double annexite suppurée, utérus gros ; l'intestin y est adhérent, décollement du colon pelvien et des anses grêles. Ablation en un bloc de l'utérus et des annexes.

Drainage.

Guérison.

OBSERVATION XXIV

Double pyosalpinx. Hystérectomie abdominale supra-vaginale secondaire. Guérison.

M... Julie, âgée de 35 ans, entre le 31 août 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Cette malade arrive à l'hôpital avec les symptômes d'une appendicite aiguë (point de Mac Burney) défense musculaire, température et vomissements.

La malade à ses règles et la température baisse.

Un second examen permet de constater une énorme tumeur dans le cul-de-sac postérieur et latéral droit.

Opération le 9 septembre 1903, par M. PICQUÉ.

Dès l'incision on constate l'existence d'adhérences intestinales et épiploïques dont la séparation amène immédiatement l'issue du pus ; on chemine peu à peu à travers les anses jusqu'au fond de l'utérus. On constate dans le cul-de-sac de Douglas l'existence de deux

annexites suppurées dont la gauche est très adhérente au rectum. Énucléation extrêmement difficile; pus très fétide.

Extirpation des annexes et secondairement de l'utérus.

3 Mikulicz.

Guérison.

OBSERVATION XXV

Annexite double. Hystérectomie abdominale supra-vaginale secondaire. Guérison

B... Louise, 23 ans, entre le 24 octobre 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, toujours bien depuis.

Depuis 3 semaines pertes blanches abondantes, et douleurs abdominales à droite :

Ne peut plus travailler depuis le jour où les douleurs sont survenues brusquement.

Examen clinique. — Utérus petit, porté à gauche, mobile. Grosse tumeur annexielle à droite.

Opération le 31 octobre 1903, par M. PICQUÉ.

Incision médiane : l'épiploon est largement étalé et adhérent à l'intestin. On decortique difficilement l'an-

nexe du côté droit qui adhère à des anses intestinales. A gauche annexe plus facile à séparer des anses voisines, globuleuse, contenant un liquide hématique sans caillot ressemblant à du pus.

En raison de l'épaisseur du pédicule du côté gauche M. PICQUÉ pratique l'hystérectomie qui se fait sans incident.

Pas de péritonisation.

Drainage : 3 Mikulicz.

Guérison.

OBSERVATION XXVI

Pyosalpinx gauche. Annexite droite suppurée. Hystérectomie supra-vaginale secondaire. Guérison.

J... Albertine, âgée de 35 ans, entre le 27 août 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Pertes blanches déjà anciennes.

Douleurs abdominales surtout violentes à droite et au moment des règles.

Examen clinique. — Utérus assez gros, mobile, en antéflexion légère, à droite tumeur annexielle. A gauche probablement annexite aussi.

Opération le 10 septembre 1903 par M. PICQUÉ.

L'incision médiane conduit sur une grosse tumeur annexielle gauche à laquelle adhèrent des anses intestinales et de l'épiploon : l'utérus refoulé à droite est caché par ces adhérences. — Enucléation assez difficile de la poche préalablement libérée de ces adhérences.

A droite, il existe une annexite également suppurée, très profondément située et constituée uniquement par l'ovaire : la trompe atteinte de salpingite parenchymateuse est très éloignée de l'utérus et logée au milieu des anses intestinales auxquelles elle adhère de toutes parts.

Hystérectomie supra-vaginale sans péritonisation.

1 Mikulicz.

Guérison.

OBSERVATION XXVII

Pyosalpinx double. Hystérectomie supra-vaginale.

Guérison.

R... Sophie, âgée de 38 ans, entre le 16 novembre 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Pas d'antécédents.

Examen clinique. — Utérus médian, petit, mobile ; à droite, grosse tumeur faisant peu saillie dans le cul-de-sac latéral.

Opération le 29 novembre 1901 par M. PICQUÉ.

Incision médiane : Il existe deux pyosalpinx, celui de gauche adhère à une très grande partie de l'S iliaque. Il se rompt pendant les manœuvres d'énucléation. La tunique musculieuse de l'S iliaque est légèrement éraillée mais sans pénétration.

M. PICQUÉ pratique alors la ligature de l'utérine à gauche, sectionne l'utérus, lie l'utérine du côté droit et se trouve en face du pyosalpinx droit dont les adhérences avec le rectum lui créent de réelles difficultés. Mais cette fois il détache au ciseau le pyosalpinx du rectum et laisse systématiquement des débris de la poche adhérents à la paroi intestinale.

Drainage.

Guérison.

OBSERVATION XXVIII.

Double pyosalpinx. Hystérectomie supra-vaginale primitive. Guérison.

D... Clémence, âgée de 36 ans, entre le 18 novembre 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaingnac.

Antécédents. — Deux enfants venus à terme. Pas de fausses couches.

Pertes blanches peu abondantes.

Douleurs abdominales vives, surtout à droite et s'exaspérant au moment des règles.

Examen clinique. — Grosse tumeur à droite, faisant saillie dans le cul-de-sac correspondant et remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Utérus porté à gauche.

Opération le 21 novembre, par M. PICQUÉ.

Incision médiane : on constate nettement le fond de l'utérus ; à droite une énorme poche se rompt ; impossible de l'énucléer au début.

M. PICQUÉ fait l'hystérectomie et enlève la trompe gauche peu adhérente et peu volumineuse. Reste la poche droite adhérente au rectum, adhérences difficiles à détacher. On fait enfin l'énucléation.

Pas de péritonisation. 2 Mikulicz et une pince à demeure.

Guérison.

OBSERVATION XXIX.

Pelvi-péritonite. Hystérectomie supra-vaginale. Guérison.

M... Elise, âgée de 18 ans, entre le 31 décembre 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Opération le 6 janvier 1904, par M. GRÉGOIRE.

Incision médiane : on tombe sur un péritoine pariétal

absolument adhérent à la tumeur abdominale. Décollement du péritoine; on trouve une tumeur remontant dans la fosse iliaque gauche, molle, formée d'exsudats inflammatoires conglutinés. Elle est ouverte et vidée; au-dessous infiltration semblable de tout le petit bassin au milieu duquel il est impossible de retrouver les organes qu'il contient. Devant l'impossibilité de faire une salpingectomie, on pratique l'hystérectomie supra-vaginale.

Guérison.

OBSERVATION XXX.

Kyste ovarien et salpingite parenchymateuse gauche.
Salpingite droite à gros pédicule. Hystérectomie supra-vaginale. Guérison.

F... Louise, âgée de 21 ans, entrée le 20 mars 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac:

Antécédents. — Pertes blanches remontant à 2 ans et probablement dues à une blennorrhagie. Douleurs depuis, surtout à droite.

Examen clinique. — Utérus en antéversion complète: à gauche, rien d'appréciable; à droite, pyosalpinx accolé à la paroi latérale droite de l'utérus.

Opération le 28 mars 1903, par M. PICQUÉ.

A gauche, kyste ovarien contenant quelques caillots sanguins, et trompe très augmentée de volume (salpingite parenchymateuse). A droite, au niveau de la corne utérine, adhérent une anse intestinale et une masse épiploïque, toutes deux difficiles à détacher. La trompe forme avec le ligament large correspondant une masse rétractée sur elle-même, et adhérente à tout le bord droit de l'utérus. Cette masse est enlevée et comme il existe un gros pédicule, M. PICQUÉ se décide à pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale.

Drainage.

Guérison.

OBSERVATION XXXI

Mme D... Gabrielle, épouse B..., née en 1873.

Antécédents. — A 7 ans, fièvre typhoïde. A été réglée à 12 ans; aurait présenté un état anémique sérieux de 18 à 21 ans.

Mariée à 21 ans, en 1894. La 1^{re} année de son mariage aurait présenté 2 fausses couches d'environ 2 mois.

L'année suivante, 2 nouvelles fausses couches (3 mois à 2 mois 1/2).

1^{er} accouchement d'un fœtus mort en 1896; à ce moment la malade présentait dans l'urine une notable quantité d'albumine, 2 g. 99. Soumise de suite à un

régime sévère, l'analyse donnait la semaine suivante 1,80 et oscillait depuis entre 1,20 et 1,40.

En 1897, nouvelle fausse couche de 6 semaines. Entrée à l'hôpital Dubois, le 5 octobre 1897, pour des métrorrhagies abondantes et des douleurs abdominales vives. L'examen pratiqué démontra l'existence d'une péri-méto-salpingite. Traitement d'attente par repos au lit et injections.

Sortie au bout de 3 semaines, débarrassée des pertes et des douleurs. L'état de santé a duré jusqu'au 1^{er} janvier 1903. Pendant toute cette période, l'analyse des urines donnait de 0,25 à 0,35 d'albumine.

A ce moment les douleurs qui avaient motivé son entrée à Dubois en 1897, reparurent avec intensité. Pas de métrorrhagies.

L'état grave persiste jusqu'à la fin de février ; à ce moment la malade se rétablit, mais le même état reparait à la fin de mars jusqu'au 10 mai.

Etat satisfaisant pendant 3 mois.

Depuis lors, les douleurs sont revenues accompagnées de métrorrhagies intermittentes obligeant la malade à garder le lit par intervalles jusqu'en février 1904. C'est alors que M. PICQUÉ la revit pour la première fois depuis 1897 et l'engagea à rester à Paris pour subir une opération.

Entrée le 9 février 1904 chez les Dames Augustines. Les douleurs accusées par la malade sont très vives, elles surviennent par crises.

La température est normale. Pouls à 80.

L'examen de l'urine dénote 0,22 d'albumine par litre. A l'examen bimanuel, on constate une grosse masse douloureuse siégeant sur la ligne médiane, mais

il est impossible de reconnaître le fond de l'utérus. Les règles sont normales.

La nuit qui a précédé l'opération, la malade est prise d'une douleur très violente dans le petit bassin avec nausées.

La température, le matin, est de 39°. Le pouls est à 120. M. PICQUÉ admettant une péritonite généralisée, probablement due à la rupture d'une poche purulente, pratique une intervention immédiate le 14 février. Incision sur la ligne médiane. La cavité abdominale est remplie d'une sérosité louche. Après avoir détaché quelques adhérences épiploïques, M. PICQUÉ arrive sur 2 poches annexielles très adhérentes au gros intestin et à l'intestin grêle et contenant du pus.

Autour d'elles, il existe des foyers de pelvi-péritonite à contenu séreux ou purulent.

Les pédicules des poches annexielles sont volumineux. M. PICQUÉ pratique l'hystérectomie abdominale supra-vaginale.

Les suites sont d'abord normales.

La température tombe à la normale. Le pouls est à 90. Néanmoins l'albumine diminue progressivement.

Au commencement de mars, la température a atteint 39° le soir, mais l'état général est excellent. La malade a recouvré l'appétit; au toucher l'on constate l'existence d'une tuméfaction dans le cul-de-sac postérieur. Le 16 mars, M. GRÉGOIRE pratique, en mon absence, une colpotomie qui donne issue à une quantité notable de pus.

Depuis, la température reste normale.

La malade quitte la maison de santé le 12 avril.

Des pansements sont encore nécessaires.

La plaie est complètement fermée le 20 juin et la malade déclare, dans une lettre écrite à cette époque, que « toutes les douleurs ressenties par elle depuis plus de 5 ans ont complètement disparu et qu'elle se considère comme complètement guérie ».

BIBLIOGRAPHIE

- Acquaviva et Roux.* — Revue de Chirurgie, janvier, février et mars 1903.
- Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de 1886 à 1903.
- Bonnecaze.* — Thèse de doctorat, 1889.
- Besson.* — Des rapports de l'appendicite et de la salpingo-ovarite. Thèse de Montpellier 1895.
- Beaussenat et Bender.* — Société anatomique, février 1903.
- Barnsby.* — Congrès de Chirurgie, 1902.
- Delbet (Pierre),* — Traité des suppurations pelviennes 1891.
- Delagenière.* — Bulletin de la Société de Chirurgie, 14 février 1894.
- Delage.* — De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. Thèse de doctorat, Paris 1902.
- Delagenière.* — Chirurgie de l'utérus, 1901.
- David.* — Thèse de Doctorat, 1902.
- Doleris et Pichevin.* — Pratique gynécologique.
- Faure (J.-L.)* — Bulletin Médical, 1899, p. 901.

- Chirurgie des annexes de l'utérus, 1902.
- Revue Médicale, 20 janvier 1904.
- Freund*. — Samml Klinisch Vortraege, N° 323.
- Hegar et Kaltenbach*. — Traité de gynécologie opératoire, 1885.
- Hartmann et Morax*. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1894.
- Lawson-Tait*. — Traité des maladies des ovaires, 1886.
- Le Dentu-Delbet*. — Traité de Chirurgie.
- Labadie-Lagrave, Legueu*. — Traité de gynécologie.
- Monprofit*. — Ovarites et salpingites. Thèse 1888.
- Archives provinciales de chirurgie, septembre et octobre 1901.
- Pozzi*. — Congrès de Chirurgie. Rome 1902.
- Pozzi et Baudron*. — Revue de Chirurgie du 10 août 1891.
- Péan*. — Gazette des Hôpitaux, 27 juin 1891.
- Pozzi*. — Traité de gynécologie, 3^e édition 1897.
- Pichevin*. — Bulletin Médical, 23 mai 1902.
- Quenu et Judet*. — Revue de Chirurgie, février 1901.
- Reclus*. — Gazette hebdomadaire, N° du 25 avril 1891.
- Richelot*. — Revue de Chirurgie, septembre 1897.
- Bulletin de la Société de Chirurgie, 16 juin 1897.
- Ricard*. — Congrès français de Chirurgie, 16 et 21 octobre 1899.
- Roger*. — Essai sur les indications opératoires et le choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes. Thèse de Doctorat, Paris 1900.
- Segond*. — Annales de gynécologie, mars 1891,
- (In Duplay-Reclus). Traité de Chirurgie, t. VIII.
- Sorel*. — Congrès français de Chirurgie, 21 au 26 octobre 1901.

- Stapfer.* — Traité de kinésithérapie gynécologique.
Schræder, — Maladies des organes génitaux de la
femme. (Traduction française 1886.)
Terrier. — Revue de Chirurgie, 1899.
— *et Delage.* — Revue de Chirurgie, décembre 1901.
Terrillon. — Salpingites et ovarites.
Witte. — Gonokokken und Streptokokken in Pyosal-
pinxteiter. Centr. für Gyn., N° 25, 1892.